

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA FLÁVIA HANSEL

ESTIMULAÇÃO PRECOCE BASEADA EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR E
PARTICIPAÇÃO FAMILIAR: CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS E PAIS

CURITIBA

2012

ANA FLÁVIA HANSEL

ESTIMULAÇÃO PRECOCE BASEADA EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR E
PARTICIPAÇÃO FAMILIAR: CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS E PAIS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, do Setor de Educação, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Educação.

Linha de Pesquisa: Cognição, Aprendizagem e Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Augusta Bolsanello

CURITIBA

2012

Este trabalho é dedicado às famílias das crianças
“especiais” que acreditam na Educação como
possibilidade de desenvolvimento.

AGRADECIMENTOS

Um imenso agradecimento à professora Maria Augusta Bolsanello pela orientação nesses quatro anos para a realização deste trabalho, que é também, de minha parte, uma homenagem a essa educadora que, com muita competência, luta pela melhoria da qualidade da Educação Especial no Brasil.

Obrigada, professora Maria Augusta, por de fato sempre acreditar que o maior estímulo é a atenção depositada no outro!

À direção, funcionários e profissionais que compõem a equipe de atendimento da estimulação precoce da Escola Municipal investigada – Curitiba/Paraná, pela sua participação na realização deste trabalho, aqui vai meu muito obrigado! Sem vocês não teria sido possível nem pensar em escrever grande parte das ideias contidas neste trabalho.

Quero agradecer também aos professores Laura Ceretta Moreira, Maria Amélia Almeida, Paulo Afonso Bracarense Costa e Ana Lúcia Aiello pelas pertinentes apreciações quando o projeto foi submetido ao exame de qualificação. Também aos demais professores do Curso de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Paraná por propiciarem inúmeras experiências e possibilidades de aprimoramento acadêmico e profissional.

À professora, colega e amiga Regina Célia Farias da Costa pela sua competência e profissionalismo na Educação Especial e por acreditar na realização deste trabalho.

Às queridas colegas, amigas e também professoras Nelly Narciso de Souza e Danielle Bonamim Flores pelos momentos compartilhados, pelo comprometimento e clareza de ideias que muito me ajudaram.

Aos professores e colegas do Departamento de Pedagogia do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, do Campus Universitário de Irati/Paraná, da Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná que, com muita consideração à minha qualificação docente colaboraram muitíssimo em benefício da realização deste trabalho.

A Wilson Flávio Alvarez, pela seriedade e sensibilidade que expressou nas filmagens da coleta de dados da pesquisa.

Aos colegas que junto comigo ingressaram no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Paraná, nível de

Doutorado, no ano de 2008, e que contribuíram para tornar esta jornada muito melhor em meio às discussões das disciplinas, aos questionamentos feitos, às ideias fundamentadas, às angústias e alegrias compartilhadas.

Agradecimentos especiais também à minha família, pela compreensão e apoio dados, sem os quais não teria sido possível sequer começar a realização deste trabalho.

À Amanda, filha amada, que amplia meu horizonte e me impulsiona a seguir... sempre!

Enfim, a todos aqueles que de uma ou outra forma me ajudaram na realização desta tese.

Agradeço também o apoio material do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico _CNPq – Brasil.

RESUMO

A pesquisa investiga as concepções de profissionais e pais sobre a sua participação no atendimento da estimulação precoce em uma proposta de intervenção baseada em equipe interdisciplinar com a participação familiar. Os participantes (uma pedagoga, uma psicóloga, uma fonoaudióloga, duas fisioterapeutas e duas terapeutas ocupacionais) são profissionais que integram a equipe do referido atendimento de uma escola municipal de educação especial da cidade de Curitiba/Paraná, além de pais de crianças que frequentam o mesmo atendimento (quatro mães e um pai). Os dados foram obtidos por meio de questionários, entrevistas, reuniões com os participantes, observação assistemática e aplicação das Escalas Bayley III de Desenvolvimento Infantil com os bebês na presença dos pais. Após análise qualitativa dos dados, verificou-se inicialmente que a atuação profissional seguia um modelo multidisciplinar em que cada membro da equipe planejava e desenvolvia seu trabalho de forma independente. Nesse contexto o quadro de referência foi o modelo médico e o objetivo da estimulação precoce foi o de atenuar ou minimizar as consequências de uma deficiência. A intervenção centrava-se na relação entre o profissional e a criança, sendo que a participação da família era secundarizada, uma vez que ela não participava ativamente da intervenção. Observou-se que o sistema público municipal de saúde (ao qual pertencem as terapeutas) reforça, em parte, a atuação profissional tecnicista, em função de que sua organização e estrutura não abrangem princípios e práticas relevantes para o desenvolvimento integrado de um trabalho nessa área. Em consequência, ocorre alto grau de insatisfação profissional com as condições de trabalho. Esse fato, aliado à rotina extenuante no preenchimento de relatórios e outras atribuições burocráticas, não permite que as profissionais se engajem fortemente na proposta de intervenção sugerida em equipe interdisciplinar com participação familiar. Em relação aos pais, percebeu-se justamente o contrário, com forte engajamento deles tanto nas reuniões e discussões quanto na aplicação das Escalas Bayley III com seus filhos. Os pais relataram que sua participação na aplicação das Escalas Bayley III proporcionou a eles maior aprendizado sobre o desenvolvimento de suas crianças e incentivou-os a estimular mais o bebê em casa. Consideraram as reuniões individuais muito importantes, pois visualizaram benefícios na troca de ideias e esclarecimento de dúvidas. A partir desses dados, apontam-se, entre outras, algumas propostas e sugestões: reformulações na estrutura do atendimento da estimulação precoce atual, com valorização e qualificação da equipe visando uma substituição do enfoque profissional observado na pesquisa por outro focalizado na equipe interdisciplinar e na participação familiar, a fim de promover o desenvolvimento infantil, delineando assim um novo paradigma para este serviço; mobilização da universidade no sentido de incluir tanto no ensino, quanto na pesquisa e extensão, formação específica em estimulação precoce, com ênfase no trabalho com as famílias, formando assim profissionais que valorizem as interações para o desenvolvimento humano e, finalmente, a necessidade de mais investigações sobre o tema para que sejam intensificadas as buscas por alternativas de atendimento, visando a construção de novos modelos de referência para a estimulação precoce.

Palavras-chave: Estimulação precoce. Atenção precoce. Intervenção precoce. Equipe interdisciplinar. Envolvimento familiar. Educação especial.

ABSTRACT

The present research investigates the conceptions by professionals and parents about their participation in early stimulation service within an intervention proposal based on an interdisciplinary group with families' participation. The participants are professionals who take part on the service mentioned above (an educator, a psychologist, a speech-language therapist, two physical therapists and two occupational therapists) in a municipal school for especial education in the city of Curitiba, Parana State, Brazil, and parents of the children who attend that service (four mothers and a father). The data was gathered by means of questionnaires, interviews, meetings with participants, unsystematic observation and application of Bayley III Scales for Infant Development with the infants in the presence of their parents. After data qualitative analyses, it was possible to find out, at first, that the professional practice follows a multidisciplinary model in which each member of the group plans and develops the work independently. In this context, the reference framework is the medical model and the purpose of early stimulation is to attenuate or minimize the consequences of a disability. The intervention is centered on the relation between the specialist and the child, in such a manner that the families' participation plays a secondary role, since they do not take an active part in the intervention process. It was possible to notice, as well, that the municipal public health system (to which the therapists work) partly reinforces this technical professional practice, due to the fact that its form of organization and structure does not comprehend meaningful principles and practices favoring an integrative development of this kind of service. Therefore, there is a high level of professional dissatisfaction towards the work conditions. This fact, allied to the exhausting routine of filling in reports, among other bureaucratic procedures, does not allow the specialists to be strongly committed to the intervention proposal suggested to happen in an interdisciplinary group with families' participation. Concerning the parents, it was possible to notice quite the opposite, due to their strong commitment in the meetings and discussions and in the application of Bayley III Scales with their children. The parents reported that their involvement in the application of Bayley III Scales provided them learning improvements about their child development and it encouraged them to stimulate more the infant at home. They also considered the importance of the private meetings, due to the possibility of achieving benefits through the exchange of ideas and explanation of doubtful matters. From these data, it is pointed out here some proposals and suggestions, among others: reformulation of the present early intervention service structure, aiming to reach a higher level of qualification and value of the group, in order to change the professional behavior identified during the research procedures, in favor of another one focused on the interdisciplinary group and the families' participation, which will promote children's development and outline a new paradigm for this service; development of an academic awareness about the importance of including specific formation in early intervention emphasizing families' participation, in graduation courses, research and extension projects, in order to have undergraduate who value the interactions for human development; and, at last, the need for more investigations about the matter in order to broaden the search for service alternatives, aiming the construction of new reference models for early intervention.

Keywords: Early Stimulation. Early Attention. Early Intervention. Interdisciplinary Group. Family Involvement. Special Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 JUSTIFICATIVA E ABORDAGEM DO PROBLEMA	10
1.2 OBJETIVOS	22
1.2.1 Objetivos Gerais	22
1.2.2 Objetivos Específicos	22
1.3 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DO TERMO ESTIMULAÇÃO PRECOCE ...	23
2 SUPORTE TEÓRICO	25
2.1 A ESTIMULAÇÃO PRECOCE E A EDUCAÇÃO ESPECIAL NO BRASIL E NO PARANÁ	25
2.2 AS ABORDAGENS EXPLICATIVAS DO DESENVOLVIMENTO APLICADAS À ESTIMULAÇÃO PRECOCE.....	43
2.3 O MODELO DE ATENDIMENTO EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR E COM A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA	49
2.4 PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ESTIMULAÇÃO PRECOCE	58
3 MÉTODO.....	64
3.1 CONTEXTO	65
3.2 PARTICIPANTES	67
3.2.1 Profissionais	67
3.2.2 Pais	69
3.2.3 Bebês	71
3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	72
3.3.1 Questionários (Profissionais).....	73
3.3.2 Entrevista (Pais)	73
3.3.3 Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil III - Bayley Scales of Infant and Toddler Development III (2006)	74
3.3.4 Observação Assistemática	75
3.3.5 Elaboração dos Protocolos de Intervenção.....	75
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	76
3.4.1 Coleta de Dados Efetuada com as Profissionais.....	76
3.4.2 Coleta de Dados Efetuada com os Pais e com os Bebês	78
3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	79
3.5.1 Questionários e Entrevista	79

3.5.2 Escalas Bayley III	80
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	81
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	83
4.1 A EQUIPE PROFISSIONAL: DESCOMPASSOS E DESAFIOS DA PROFISSIONALIDADE	83
4.1.1 Concepções, posicionamentos e modo de atuação dos profissionais	83
4.1.2 As Reuniões com a Equipe Profissional.....	91
4.1.3 Concepções das Profissionais sobre sua Participação na Pesquisa	95
4.2 OS PAIS: ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO.....	98
4.2.1 Concepções dos Pais sobre o Atendimento da Estimulação Precoce	98
4.2.2 Concepções dos Pais sobre a sua Participação na Pesquisa.....	104
4.2.3 As Reuniões com os Pais.....	107
4.3. A APLICAÇÃO DAS ESCALAS BAYLEY COM OS BEBÊS: RESULTADOS	109
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS.....	117
APÊNDICES	129
ANEXO	143

1 INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA E ABORDAGEM DO PROBLEMA

No Brasil, o movimento da escola para todos foi se construindo gradualmente e teve a contribuição de alguns fatores como a democratização do ensino, a promulgação de dois documentos importantes no contexto da legislação nacional, que foram a Constituição Federal de 1988 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB nº 9394/96, e também dos movimentos internacionais que preconizavam o direito à educação para todas as crianças, incluindo aquelas com necessidades educacionais especiais. A LDB 9394/96, em seu artigo 58º, determina que a educação para esses alunos seja ofertada preferencialmente na rede regular de ensino. Com isso a educação especial, que até então era considerada como um sistema à parte do ensino comum, passou a ser vivenciada no cotidiano das escolas regulares brasileiras.

Atualmente a implementação dos sistemas educacionais inclusivos que devem garantir a qualidade no atendimento educacional de todos os alunos vem sendo um dos grandes desafios da educação brasileira e, apesar dos avanços, ainda parece estar longe de se efetivar totalmente nos diferentes níveis da educação escolar, desde a educação infantil até o ensino universitário.

No que diz respeito ao desenvolvimento inicial do ser humano que ocorre nos primeiros anos de vida, esse atendimento educacional baseia-se em ações preventivas situando-se no contexto da educação infantil. Além do atendimento educacional necessário a essas crianças, pelas suas próprias características, faz-se essencial também os cuidados com a saúde. Nessa interface está o trabalho da estimulação precoce, como um serviço dirigido às crianças com necessidades educacionais especiais nos seus primeiros anos de vida, e suas famílias. O trabalho destina-se a intervenções e estímulos realizados com o bebê e seus familiares, devendo possibilitar a promoção do

desenvolvimento infantil, bem como autonomia e competência familiar para gerir tal situação.

Como área de atuação e campo de estudo, observou-se na realidade brasileira a inexistência de uma política de implementação, organização e desenvolvimento de programas específicos e especializados de estimulação precoce, além de escassa literatura e investigações na área (BOLSANELLO, 2008), o que de certa forma reflete uma realidade pouco animadora, vulnerável e frágil no contexto.

Outro aspecto relevante na justificativa deste trabalho relacionou-se ao fato de que esse atendimento é essencial às crianças e suas famílias, visto que as atividades estimuladoras interferem positivamente na qualidade de vida dos envolvidos, pois pode proporcionar tanto o desenvolvimento neurológico das crianças pequenas como a facilitação da interação e envolvimento familiar na promoção do desenvolvimento infantil.

Sobre o desenvolvimento neurológico, Shore (2000) reporta-se às pesquisas realizadas em neurologia infantil, que demonstram a necessidade da estimulação precoce, apontando a importância das experiências iniciais para o desenvolvimento neurológico da criança. A autora evidencia que o cérebro dos bebês recebe várias influências relacionadas aos contatos e ligações que vão se estabelecendo entre eles e seu cuidador e também às condições de estimulação que são recebidas do meio. Isso impulsiona a produção de ligações nervosas (sinapses), ativando assim as células do cérebro (neurônios) das crianças. Aquelas sinapses que são reforçadas pela experiência repetida tendem a se tornar permanentes; e as que não foram usadas constantemente, nos anos iniciais, tendem a ser eliminadas.

Vislumbrando o grupo familiar, a literatura nos mostra que o impacto do nascimento de uma criança com alterações no desenvolvimento é muito grande para os membros da família e que os sentimentos vivenciados neste momento devem ser merecedores de escuta e de um trabalho que amenize as angústias, bem como que forneça informações, orientações, experiências aos pais, tornando-os assim independentes em relação à condução do processo de desenvolvimento dos filhos (MELO, 2000; RODRIGUES et al., 2003; MILLER, 1995).

Outro ponto importante que justifica a opção pelo tema da pesquisa relacionou-se com as atividades profissionais e acadêmicas da pesquisadora como professora de educação especial de uma universidade pública. Nessa perspectiva de trabalho, os primeiros anos de docência estavam vinculados às orientações e à supervisão dos trabalhos pedagógicos que as acadêmicas de Pedagogia realizavam em seu estágio curricular. Esse trabalho exigia da professora os acompanhamentos das alunas e com isso a sua inserção na escola especial. Dessa forma, foi possível perceber alguns aspectos relacionados à organização e vivência do currículo da estimulação precoce como primeiro programa educacional das instituições especiais. Com objetivos associados às áreas do desenvolvimento humano, os profissionais que atuavam nesses programas estabeleciam conteúdos de atividades relacionados às várias aquisições que as crianças deveriam atingir. Isso se efetivava por meio de estratégias metodológicas que lhes envolviam diretamente e também à criança. Não era observado um plano de trabalho comum entre os profissionais, nem mesmo possibilidades de interações familiares nem de acompanhamento do desenvolvimento dessas crianças. Começavam aí algumas inquietações em relação à forma de como esse atendimento estava sendo realizado: “Por que os familiares não participavam?” “Por que só recebiam orientações?” “O que será que os pais pensavam sobre o filho neste atendimento em escola especial?” “Como eram avaliadas estas crianças?” “Como os profissionais acompanhavam o desenvolvimento das crianças?” Estas e outras dúvidas já constituíam situações-problema as quais, mais tarde, se tornariam objeto de investigação da pesquisa de mestrado.

O trabalho de mestrado possibilitou um aprofundamento nos estudos das questões pertinentes ao grupo familiar com ênfase na figura paterna diante do atendimento da estimulação precoce o que, em parte, respondeu a algumas das dúvidas da investigadora. Com o aprofundamento teórico e a pesquisa de campo realizada passou-se a acreditar, cada vez mais, que para se efetivar um modelo de trabalho em estimulação precoce que realmente atenda às necessidades das crianças e de seus familiares, o foco não pode ser somente um currículo voltado às atividades, mas sim ao bebê e sua família, além de contemplar uma equipe de profissionais com uma visão integral do desenvolvimento humano.

Nesse contexto surge a pesquisa de doutoramento que, em seus aspectos centrais, se preocupa com a busca de estratégias e modelos de atendimento em estimulação precoce capazes de superar os desafios mais prementes que ainda se tem nesse serviço, tais como a utilização de instrumentos de avaliação e de seguimento do desenvolvimento dos bebês, com o acompanhamento dos próprios profissionais e a participação dos pais ou cuidadores principais, numa perspectiva de trabalho interdisciplinar, baseado no modelo centrado na família.

Além disso, a pesquisadora, desde seu ingresso no curso de Pós-Graduação em Educação da UFPR para a realização do doutorado, é integrante do Labebê (Laboratório de Estudos sobre Atenção e Estimulação Precoce), do setor de Educação, que tem como objetivo principal a construção de um modelo referencial de estimulação precoce, tanto para educação especial quanto para a educação infantil, buscando novas alternativas de avaliação e intervenção desse atendimento. O grupo de estudos do Labebê desenvolve suas pesquisas em parceria com o Grupo de Investigación Temprana da Universidade de Múrcia, na Espanha. Nesse contexto, justifica-se também a opção por este tema de pesquisa, pois a referida proposta de trabalho vincula-se a uma tentativa de melhoria do atendimento em estimulação precoce que ocorre no interior das escolas especiais e compreendem crianças em seu estágio inicial de vida; inseridas num determinado contexto escolar; construindo conhecimentos; efetivando aprendizagens; interagindo com a educação na escola e fora dela; oriundas de um grupo familiar constituído cultural e socialmente; participantes de uma história e em processo de desenvolvimento humano.

Pelas razões explicitadas, acredita-se também que investigações com profissionais e familiares revestem-se de especial importância para o avanço científico educacional no país, pois tentam explicar, em grande parte, o tratamento que está sendo dispensando às crianças com necessidades educacionais especiais. Nesse contexto, evidencia-se uma grande necessidade de apoio estrutural à estimulação precoce, pois mesmo já tendo passado mais de trinta anos do seu surgimento nos Estados Unidos e países europeus, é percebido ainda hoje, na nossa realidade, características de um trabalho compensatório, inspiradas num modelo médico de trinta anos atrás que tinha

como principal objetivo diminuir ou reparar as possíveis intercorrências do desenvolvimento infantil. Nessa perspectiva, a criança é vista fora dos seus contextos naturais, tendo que alcançar objetivos predefinidos pelos profissionais para que obtenham assim maior grau de desenvolvimento.

Em nosso país, o início dos primeiros programas de estimulação precoce ocorreu nas décadas de 1970/80 em escolas de educação especial e eram sistematizados de forma muito diversificada. A regulamentação desse atendimento só aconteceu na década de noventa, quando o Ministério da Educação (MEC) estabeleceu planos de trabalho educacional nessa área por meio das Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce (BRASIL, 1995). Esse documento trouxe alguns avanços naquela época, pois definia a estrutura e os princípios básicos do trabalho com as crianças com necessidades especiais entre zero e três anos de idade.

Ainda hoje, entre nós, a estimulação precoce continua sendo o primeiro programa na área da educação especial destinado ao atendimento de crianças pequenas com necessidades educacionais especiais e na sua grande maioria ainda ofertado em instituições especializadas. Quinze anos se passaram desde o surgimento do primeiro documento norteador da estimulação precoce brasileira e de lá para cá o referido atendimento tem enfrentado vários problemas em sua prática, segundo pesquisadores nacionais. Entre esses trabalhos, evidenciam-se, entre outros: a desvalorização da interação entre a mãe e seu filho durante os atendimentos (BOLSANELLO, 1998); a carência de investigações e literatura científica na área (BOLSANELLO, 2003); a falta de programas de orientação e apoio aos pais (PEREIRA-SILVA; DESSEN, 2003); a atuação profissional multidisciplinar, valorizando a deficiência da criança e a não participação da família no trabalho (BOLSANELLO, 1998; HANSEL, 2004). Esses estudos indicam que esse atendimento no Brasil caracteriza-se ainda por uma fragilidade muito grande, com alguns obstáculos no trabalho, necessitando assim de um redimensionamento em sua proposta.

Bolsanello (1998), na sua pesquisa sobre as concepções e modo de atuação dos profissionais no programa de estimulação precoce, tanto em relação às suas práticas profissionais quanto em relação à facilitação da interação mãe-bebê no atendimento, constata que a atuação profissional tem caráter tecnicista com ênfase nas atividades e exercícios que a criança deverá

realizar; que a condução do trabalho ocorre por meio de exercícios e atividades terapêuticas; que a participação da mãe no atendimento não é suficientemente valorizada pelos profissionais; que os próprios profissionais reconhecem seu despreparo para lidar com a família e sentem carências relativas à formação, qualificação, trabalho em equipe, entre outros. A autora propõe que o atendimento em estimulação precoce privilegie a interação mãe-bebê e que ocorram mudanças na formação desses profissionais, levando em conta os contextos naturais da criança e da família.

Por outro lado, Guralnick (2000), em uma revisão teórica sobre os resultados de pesquisa de vários autores, infere que a estimulação precoce produz ganhos significativos no desenvolvimento infantil. Apregoa que os avanços conquistados devem se estender tanto em relação aos domínios do desenvolvimento cognitivo, motor, de linguagem e afetivo, quanto aos domínios considerados como integradores, tais como o desenvolvimento das competências sociais ou a melhora do estado de saúde da criança. Os resultados devem ser produzidos nas famílias, facilitando a sua adaptabilidade e capacidade de resolver problemas relacionados ao desenvolvimento dos filhos.

A comprovação de um índice elevado de defasagens no desenvolvimento infantil tem proporcionado a implantação de programas de seguimento dessas crianças. Alguns estudos demonstram que a estimulação precoce produz bons resultados tanto para crianças de risco quanto para aquelas que apresentam deficiências (SCHWEINHART et al., 1993; OLDS; HENDERSON; KITZMAN, 1994; REYNOLDS, 1994; BLAIR; RAMEY, 2000; PÉREZ-LÓPEZ, 2004; CIA; WILLIAMS; AIELLO, 2005).

Casto e Mastropieri (1986) analisaram 74 estudos relacionados aos resultados da estimulação precoce em crianças pré-escolares com deficiências e ressaltaram que a efetividade nos resultados justifica os benefícios desta intervenção. Por outro lado, é consensual entre os pesquisadores a importância das características familiares sobre o desenvolvimento infantil. Guralnick (2000), Krauss, (2000), Lee e Kahn (2000) e Summers (2002) enfatizam que a eficácia da estimulação precoce evidencia-se em ações que envolvam a mãe e a família, ajudando no enfrentamento do estresse, no controle do

comportamento da criança, com as redes de apoio dentro e fora da família, envolvendo a aprendizagem de normas de cuidado, entre outras.

No que diz respeito à participação das famílias nos programas de estimulação precoce, estudos vêm apontando a eficácia dessa participação familiar no trabalho, por ser o grupo familiar o principal agente de educação e de interação com a criança, constituindo tal participação o eixo norteador dos atendimentos. Alcazár et al. (2001) afirmam que quando as ações de trabalho da estimulação precoce são direcionadas às famílias, os profissionais estão criando um espaço onde os integrantes desse grupo possam falar sobre seus sentimentos, trocar experiências, receber orientações e o apoio que tanto necessitam para minimizarem e/ou superarem as suas dificuldades. As mesmas autoras ainda evidenciam suas percepções em relação à angústia de uma mulher e de um homem que, ao se tornarem pais de um bebê com dificuldades no seu desenvolvimento, não reconhecem o filho idealizado. Nesse caso, o trabalho dos profissionais da estimulação precoce é fundamentalmente no sentido de reinserir esta criança no lugar de desejo dos pais, no lugar de investimento. Torna-se, assim, primordial o resgate do vínculo entre pais e filhos, para que, de fato, este bebê assuma seu lugar nesta família.

McWilliam (2003) destaca os princípios de uma prática em estimulação precoce centrada na família e defende que a mesma deve ser considerada como unidade de intervenção e o trabalho deve valorizar o reconhecimento e as respostas às necessidades de cada um de seus membros e não apenas da criança. A autora também declara que a família deve também ser vista como capaz e competente para abordar suas prioridades desde que receba informação e apoio adequados, além de encorajamento para desenvolverem e adquirirem capacidades e conhecimentos necessários para lidar com a situação; os familiares devem ser auxiliados a conseguir o que realmente é importante para eles e não para os profissionais; devem receber apoio para que consigam atingir o equilíbrio na rotina e os profissionais da estimulação precoce devem conhecer os serviços e recursos disponíveis na comunidade para assegurá-los como opção aos diferentes grupos familiares.

Omote (2003), Dessen e Silva (2004), Bolsanello e Pérez-Lopez (2007), entre outros, assinalam a importância do envolvimento familiar nos programas de estimulação precoce como recurso facilitador à evolução tanto do grupo

familiar quanto da própria criança.

COLNAGO (2000, 2003) destaca que as famílias, em geral, estão em maior tempo do que a escola com suas crianças, tenham elas necessidades especiais ou não. Partindo deste pressuposto, considera-se que, no caso das crianças com necessidades especiais, torna-se fundamental a participação e o envolvimento familiar nos atendimentos da estimulação precoce porque assim os familiares podem acompanhar integralmente o desenvolvimento dos filhos.

Araújo (2004) ressalta que os profissionais devem mostrar sensibilidade para lidar com situações complexas de pessoas atingidas por determinadas ocorrências como a deficiência, e que estes atuariam como “consultores” dos familiares, representando assim uma fonte de suporte de informações e de apoio social à família. Essa, por sua vez, desempenharia o papel de mediadora do desenvolvimento da criança com necessidades educacionais especiais.

Analizando o que os autores afirmam sobre a participação da família nos programas de estimulação precoce, ressalta-se que esse contexto proporciona uma situação dinâmica de grande significação de vivências entre os envolvidos, estabelecendo um processo de valorização das interações entre a criança e sua família, na facilitação do desenvolvimento de todos.

No modelo centrado na família, a atuação profissional também muda drasticamente, o que exige maior capacitação e preparação das equipes de trabalho. Os profissionais perdem o seu papel dominante, já que deixam de atuar como detentores do conhecimento e os únicos capazes de contribuir para a promoção do desenvolvimento infantil e passam a ser agentes que dinamizam a tomada de decisões feita pelas famílias. As atuações são mais complexas e implicam em favorecer ou potencializar um maior e melhor conhecimento das famílias; colaborar no desenvolvimento de suas habilidades e de uma ampla rede de informações que possibilite aos familiares melhorar qualquer tomada de decisão e elevar a utilização de recursos sociais (SCHMITERLOW; FERNANDEZ, 2004).

O atendimento da estimulação precoce com foco na participação familiar envolve também responsabilidade profissional e coletiva, o que implica em trabalho conjunto (ALLEN; HOLM; SCHIEFLEBUSCH, 1978; BRUDER, 1996; CAMPBELL, 1987). A proposta é que diferentes perspectivas favoreçam uma melhor tomada de decisão e que ninguém tenha que fazer tudo sozinho. A

equipe consiste de indivíduos necessários para conduzir uma avaliação e de indivíduos envolvidos no atendimento. Os responsáveis pela criança são sempre os membros centrais do grupo. É importante evitar atendimentos fragmentados, o que significa reconhecer que a estimulação precoce envolve desenvolvimento, habilitação e famílias encorajadoras. Modelos clínicos tradicionais ou práticas baseadas em modelos nos quais membros de diferentes grupos atuam basicamente de modo independente são considerados ultrapassados e ineficazes (McCORNICK; GOLDMAN, 1979).

Já Warren e Horn (1996) apregoam que as intervenções deveriam ser aquelas necessárias ao envolvimento, independência e relacionamento social da criança no contexto em que ela vive e aquelas que fossem imediatamente úteis a ela. Nesse sentido, a funcionalidade é destacada para evitar práticas que sirvam a uma aparente necessidade que alguns profissionais demonstram em utilizar suas intervenções preferidas, a despeito do benefício para a criança ou do impacto para os cuidadores. Uma consequência dessa funcionalidade no atendimento é que as práticas tendem a favorecer aqueles que atacam um problema de frente, ao invés de fazê-lo através de intervenções periféricas e baseadas em teorias.

Os atendimentos interdisciplinares devem ser práticos para os cuidadores e os mais simples possíveis de executar (BICKER; PRETTI-FRONTCHAK; McCOMAS, 1998; McWILLIAM, 1992). Esse conceito é baseado na crença de que as crianças mais novas aprendem por meio de interações contínuas com seu ambiente natural, ao invés de lições ou sessões isoladas. Portanto, não é o profissional que produz um impacto direto na criança, mas sim seus cuidadores naturais. Os profissionais devem encorajar esses cuidadores para que a criança receba quantidade e qualidade adequadas de ajuda em áreas determinadas pelo grupo e também devem focar, em suas sugestões, aquelas atividades ou estratégias que sejam significativas e práticas para os cuidadores. Devido ao fato de que muitas questões em estimulação precoce podem ser direcionadas de mais de uma maneira, os profissionais precisam chegar a um acordo sobre sugestões compatíveis com os recursos e expectativas dos cuidadores.

Sobre os procedimentos de avaliação do desenvolvimento infantil nos programas de estimulação precoce, Bolsanello (2003) menciona que as

avaliações são realizadas por meio de observações, embasadas na prática do dia a dia, sem referencial teórico próprio. Outro aspecto considerado pela mesma investigadora é que na avaliação e intervenção os profissionais enfatizam a deficiência da criança sem levarem em conta a participação dos pais no plano de intervenção com o bebê. Dessa forma não há preocupação em mostrar-lhes estratégias que eles próprios poderiam utilizar para estimular seus filhos em casa (BOLSANELLO, 1998).

Bolsanello (2003) também aponta que tanto em relação aos procedimentos de avaliação do desenvolvimento infantil quanto aos de intervenção, cada profissional trabalha de forma isolada, realizando atividades específicas, o que caracteriza uma “equipe multiprofissional”. Esse isolamento é visível no planejamento da avaliação e da intervenção, destacando a forma segmentarizada de como são elaborados.

As Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce (BRASIL, 1995) não determinam nenhum instrumento específico de avaliação do desenvolvimento infantil, porém o documento apregoa a participação dos familiares nos atendimentos para garantir o bom funcionamento de um plano de trabalho individual e sua continuidade em casa.

Para que a equipe de avaliação do desenvolvimento infantil na estimulação precoce possa desenvolver planos de trabalho adequados às necessidades da criança e da família, é necessário estabelecer padrões evolutivos e de saúde do bebê, assim como o perfil de funcionamento familiar; determinar as áreas que necessitam informação adicional; tentar estabelecer o diagnóstico ou ao menos a origem das dificuldades da criança; proporcionar recomendações e sugestões para os procedimentos de intervenção e estabelecer um marco geral para uma avaliação mais detalhada e orientada à intervenção (GURALNICK, 2000).

Meisels e Atkins-Burnett (2000) evidenciam alguns princípios que devem ser observados na avaliação deste contexto, tais como: examinar várias fontes de informação; focar as relações e interações da criança com a mãe ou cuidador principal; observar a evolução global da criança; seguir uma sequência; observar as capacidades funcionais do bebê, além do nível e padrão em que ele organiza suas experiências e identificar e reconhecer os pontos fortes e emergentes da criança.

Em relação aos instrumentos utilizados na avaliação do desenvolvimento infantil, Brazelton (2002) afirma que o uso de qualquer instrumento, na presença dos pais, proporciona o estreitamento dos laços entre os membros do grupo familiar e permite a melhora da percepção que os pais têm em relação ao filho. O mesmo autor menciona que os instrumentos utilizados para avaliação das crianças sensibilizam os pais em relação às habilidades do bebê e às diferentes reações que ele pode apresentar.

McWilliam (2003) relata a prática habitual da avaliação do desenvolvimento das crianças na maioria dos programas de estimulação precoce em Portugal, inferindo que os testes padronizados devem ser realizados com o objetivo de determinar a elegibilidade inicial e contínua da criança, o que inclui o conhecimento do seu nível de funcionamento em várias áreas do desenvolvimento. Porém, a autora também especifica a necessidade de serem estabelecidas determinadas atividades como procedimentos contínuos utilizados para identificar as necessidades da criança e da família relacionadas ao desenvolvimento do filho; os pontos fortes do bebê; a natureza e abrangência dos serviços necessários àquele grupo familiar e à sua criança.

No que concerne às concepções das mães sobre o atendimento em estimulação precoce em estudos brasileiros, a maioria delas admite que não são convidadas a entrar no atendimento, mas que gostariam de entrar e participar. Não sabem exatamente o que os profissionais fazem com os filhos, dizem que recebem orientações sobre algumas atividades para serem realizadas em casa, mas atestam que têm dificuldades para executá-las, pois declaram sentir insegurança e medo de acabar machucando os filhos (BOLSANELLO; SOUZA, 2004; BOLSANELLO; PÉREZ-LÓPEZ, 2007). Considera-se que a não participação ativa da mãe no atendimento pode ser um ponto importante no que se refere à sua aceitação ou não da condição do comprometimento do filho, à sua insegurança em atendê-lo em suas necessidades cotidianas básicas e mesmo na sua própria construção da identidade de mãe.

Nunes, Silva e Aiello (2008) assinalam que em famílias com crianças com necessidades educacionais especiais, o papel do pai é essencialmente de provedor. O sustento da família fica sob sua responsabilidade na maioria das vezes. A reorganização da família após o nascimento do bebê direciona os

cuidados da criança à mãe assim como às tarefas domésticas. Dessa forma, Hansel (2004) observou que o pai é uma figura ausente no programa de estimulação precoce e desconhece a finalidade das atividades que os profissionais desempenham com os filhos e também suas funções no atendimento.

Ambrózio (2009) constatou em sua investigação que as mães, antes de participarem da avaliação do desenvolvimento do filho, juntamente com o psicólogo da estimulação precoce, enfatizavam mais os atrasos do desenvolvimento infantil, em especial na área motora e na impossibilidade do bebê de realizar algumas atividades; desconheciam a função do psicólogo no programa acreditando que este atendia pessoas com transtornos mentais e relataram que tinham pouco contato com tal profissional. Após realizar avaliação do desenvolvimento infantil na presença das mães a autora concluiu que elas ficaram admiradas com as habilidades da criança na realização das tarefas propostas por uma escala de desenvolvimento; melhoraram sua compreensão sobre o desenvolvimento do bebê com Síndrome de Down e ampliaram seu conceito de desenvolvimento e passaram a relacionar o papel do psicólogo na estimulação precoce como promotor do desenvolvimento dos filhos.

Percebe-se, portanto, a importância da avaliação do desenvolvimento na estimulação precoce incluindo a participação da família para que a partir daí o plano de trabalho seja elaborado de forma adequada e efetiva para aquela criança e seu grupo familiar.

Conclui-se que incorporar uma prática de trabalho levando em consideração uma equipe interdisciplinar, com a participação da família, incluindo alternativas de avaliação e intervenção no atendimento é premente para a eficácia dos programas de estimulação precoce. Tais considerações impulsionaram o desejo de contribuir no enfrentamento desses desafios e conduziram a pesquisadora à elaboração das questões centrais da presente investigação:

“Quais são as concepções dos profissionais sobre a sua participação no atendimento da estimulação precoce, na atuação em equipe interdisciplinar, com a participação familiar?”

“Quais são as concepções dos pais sobre a sua participação no

atendimento da estimulação precoce, baseado na equipe interdisciplinar com participação familiar?”

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivos Gerais

Um dos objetivos gerais foi levantar as concepções dos profissionais sobre a sua participação no atendimento de estimulação precoce após a proposta de uma intervenção em equipe interdisciplinar com a participação familiar.

Outro importante objetivo foi levantar as concepções dos pais sobre a sua participação no atendimento de estimulação precoce envolvendo equipe interdisciplinar.

1.2.2 Objetivos Específicos

O primeiro objetivo específico foi efetuar a avaliação do desenvolvimento dos bebês inseridos em programa de estimulação precoce, com a participação e o acompanhamento dos pais.

O segundo deles foi realizar intervenções informativas, de caráter interdisciplinar, com os profissionais apresentando os resultados das avaliações dos bebês para que juntos pudessem estabelecer pautas de estimulação para cada criança, tanto direcionadas a suas participações e atuações quanto à orientação da família.

O terceiro e último foi realizar intervenções orientadoras às mães ou cuidadores principais, em conjunto com os profissionais, informando a eles a situação do bebê e fornecendo sugestões de atividades de estimulação que contemplassem as rotinas cotidianas.

1.3 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DO TERMO ESTIMULAÇÃO PRECOCE

A definição a seguir tem por objetivo informar ao leitor o significado que foi atribuído ao conceito expresso no corpo do trabalho, pois, dependendo do contexto na literatura em que está inserido, o termo pode variar e também pode acumular sentidos diferenciados.

Embora haja questionamentos sobre o seu uso, as diretrizes legais vinculadas à educação infantil adotam a nomenclatura, que é também corrente entre os profissionais da educação. Na realidade brasileira, esse termo é geralmente utilizado na intervenção com crianças com deficiências, em atendimento especializado da Educação Especial.

O termo “estimulação precoce” é oriundo da expressão inglesa “*early intervention*” e da expressão espanhola “*estimulación precoz*” ou “*estimulación temprana*”. Questionamentos sobre o uso ora da expressão “estimulação” ora da expressão “precoce” têm feito com que alguns programas adotem outras nomenclaturas, como por exemplo, estimulação essencial, educação precoce, intervenção precoce e intervenção essencial.

Nos últimos anos, tem ocorrido uma evolução conceitual e terminológica nos programas de estimulação precoce que se reflete na mudança de uma intervenção centrada basicamente na criança com alguma deficiência ou transtorno, com função reabilitadora (estimulação precoce), para uma nova concepção denominada atenção precoce (do espanhol: *atención temprana*), que implica na adoção de uma perspectiva preventiva, social e ecológica do desenvolvimento, de um conceito de intervenção centrado na família, baseado na interdisciplinaridade e na organização dos serviços (GINÉ et al., 2006).

Dentro dessa nova perspectiva, a atenção precoce passa a ser definida como:

conjunto de intervenções dirigido à população infantil de zero a seis anos, à família e ao contexto, que tem por objetivo dar resposta mais rápida possível às necessidades transitórias ou permanentes que apresentam crianças com transtornos em seu desenvolvimento ou que possuem o risco de apresentá-los. Estas intervenções, que devem considerar a globalidade da criança, tem que ser planificadas

por uma equipe de orientação interdisciplinar ou transdisciplinar (GIAT, 2000, p. 13).

No presente estudo, é essa definição que se deve imprimir para o termo “estimulação precoce”.

2 SUPORTE TEÓRICO

2.1 A ESTIMULAÇÃO PRECOCE E A EDUCAÇÃO ESPECIAL NO BRASIL E NO PARANÁ

O presente texto procura apresentar alguns pontos de reflexão sobre a estimulação precoce no contexto da educação especial brasileira, apresentando também algumas informações em relação ao estado do Paraná. Para isso alguns documentos oficiais e algumas produções científicas nacionais e estaduais são focados, de forma a destacar seus referenciais, no que diz respeito ao atendimento das crianças com necessidades especiais entre zero e três anos de idade.

Estabelecendo uma sequência cronológica até mesmo por uma questão de sistematização daquilo que foi ocorrendo na história da estimulação precoce no país, o primeiro documento citado são as Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce (1995), elaborado pela Secretaria de Educação Especial/MEC, que orientou a prática pedagógica desse programa naquela época.

O referido documento preconiza a estimulação precoce como um atendimento com atividades e recursos humanos e ambientais utilizados para impulsionar o desenvolvimento da criança nos primeiros anos. Propõe uma modalidade de serviço integrando áreas de saúde, educação e assistência social; destaca os processos de avaliação e intervenção como princípios para o desenvolvimento dos programas; define locais de atendimento e recursos no serviço; caracteriza a população a ser atendida; indica que o trabalho deve ser realizado de forma integrada com a família; apresenta a estrutura curricular do atendimento e aborda a estrutura organizativa da equipe multiprofissional (BRASIL, 1995).

Em 1996, foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nº 9394. No que diz respeito à educação especial, essa Lei trouxe inovações ao atendimento educacional das pessoas com necessidades especiais. O documento caracteriza-se por enunciados mais claros em relação

à educação especial, se comparado às leis anteriores 5692/71 e 4042/61. Em seu artigo 58º, a Lei explicita a educação especial como: “[...] modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais”. Segundo Carvalho (1997), a ideia do “preferencialmente” confirma o entendimento que se tem da escola para todos, sem distinção de alunos em função de suas características. O mesmo artigo traz em seu parágrafo 3º a oferta da educação especial para as crianças pequenas, já na educação infantil, com início na faixa etária de zero aos seis anos de idade. Isso corrobora com a ideia de que, principalmente nos casos de alunos com necessidades especiais, é recomendável a entrada na escola o mais cedo possível, justamente porque com o atendimento educacional precoce, as possibilidades de um efetivo desenvolvimento infantil são maiores, ao mesmo tempo em que as famílias são orientadas e recebem algum tipo de apoio. Também não se pode deixar de considerar a possibilidade de que a integração escolar de todas as crianças, nessa faixa etária, torna-se mais suscetível a obter êxito, fato este que abre caminho para uma manutenção posterior no processo educativo escolar (CARVALHO, 1997). No artigo 29º, relacionado à educação infantil, o texto da lei refere-se claramente ao objetivo dessa etapa “[...] promover o desenvolvimento integral da criança até seis anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade.”

Em 1998, são estabelecidas as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Infantil (BRASIL, 1998). Tais diretrizes estabelecem os paradigmas educacionais para os programas de cuidado e educação nas creches, para crianças de 0 a 3 anos, e nas pré-escolas, para crianças de 4 a 6 anos, além de nortear as propostas curriculares e os projetos pedagógicos.

Diante das novas orientações sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Infantil, o Ministério da Educação, em 2000, elaborou um Referencial Curricular para a Educação Infantil – contendo Estratégias e Orientações para a Educação de Crianças com Necessidades Especiais para subsidiar a realização do trabalho educativo junto às crianças que apresentam tais necessidades, na faixa etária de zero e seis anos.

No que diz respeito à educação especial no âmbito da educação infantil, o referido documento expressa que a escola inclusiva deve ser aquela ligada

às mudanças na sua estrutura, no seu funcionamento e nas respostas educativas dadas às diferenças individuais. Para o favorecimento da construção dessa escola é necessário que ocorra a valorização da diversidade como elemento enriquecedor do desenvolvimento pessoal e social; adaptações ou complementações curriculares que se fizerem necessárias, tornando os currículos amplos, equilibrados, flexíveis e abertos; serviços de apoio à disposição da escola, dos professores e pais colaborando na organização, estruturação do trabalho e reflexão da prática pedagógica; incentivo às atitudes solidárias e cooperativas entre todos os membros da comunidade escolar; adoção de critérios e procedimentos flexíveis de avaliação do desenvolvimento e da aprendizagem das crianças; aquisição de equipamentos, recursos específicos e materiais didático-pedagógicos; formação inicial e continuada ao professor e apoio às pesquisas ou inovações educativas (BRASIL, 2000).

O documento também traz orientações e redimensionamento dos programas de atendimento especializado e apoio às necessidades educacionais especiais. Nesse contexto, os programas são compreendidos como um conjunto de atendimento e apoio especializado de recursos e ações educativas destinado à promoção do desenvolvimento integral e ao apoio ao processo de inclusão escolar das crianças com necessidades educacionais especiais, em interface com a área de saúde e assistência social. No planejamento e na organização desses programas salienta-se a preocupação com a verificação das disponibilidades de recursos humanos na comunidade escolar, principalmente para constituir uma equipe multiprofissional com atuação transdisciplinar. Na implementação do atendimento destaca-se a identificação das potencialidades e necessidades educacionais do aluno, incluindo entrevista com a família, avaliações psicoeducacionais da criança, estudo sociofamiliar, exames médicos, entre outros; integração dos dados conforme as áreas mais significativas do desenvolvimento da criança; elaboração de recomendações do plano individual de intervenção, estabelecendo prioridades e propondo esquemas e procedimentos aplicáveis; acompanhamento e avaliação da criança e de seu ambiente, verificando os resultados que vão sendo alcançados, de modo a formular recomendações; elaboração de um plano de intervenção individual e grupal para o desenvolvimento de conteúdos curriculares específicos, baseado nas

observações efetuadas diretamente com a criança e nos resultados das avaliações realizadas e dos exames clínicos; garantia de participação direta e efetiva dos familiares nos atendimentos à criança para troca de informações e experiências, visando a eficácia do atendimento e a continuidade das atividades no lar (BRASIL, 2000).

O referencial apregoa também que a equipe profissional deve ser constituída basicamente pelo professor, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, pediatra ou neuropediatra, bem como outras especialidades médicas. Entre as funções comuns dos profissionais da equipe, evidenciam-se: as suas participações na avaliação das crianças que se encontram em atendimento especializado; as informações e orientações dadas às famílias e à comunidade escolar; a integração dos resultados de cada campo profissional em parecer conjunto; a elaboração de relatórios sobre os resultados da avaliação e da orientação efetuadas; a participação ativa nos programas individuais destinados às crianças e suas famílias de acordo com o campo específico de atuação profissional; a complementação do atendimento, sempre que necessário, por meio do encaminhamento a outros profissionais ou a outros atendimentos disponíveis na comunidade; a participação efetivamente das reuniões da equipe, com vistas a acompanhar o desenvolvimento da criança e atualizar o programa de intervenção.

Esse referencial não deixou de representar para a estimulação precoce brasileira um avanço, pois ampliou e atualizou o documento anterior - Diretrizes Educacionais da Estimulação Precoce (1995), destacando algumas estratégias e orientações educacionais para o atendimento aos bebês com necessidades educacionais especiais, agora com orientação para inclusão dessas crianças no ensino regular. Porém, esses registros documentais nacionais ainda são poucos e insipientes para serem tomados como referenciais de reflexão e discussão sobre a temática. É necessário promover, através das políticas educacionais, linhas de ação geral para o melhoramento da qualidade desse atendimento no Brasil.

Com a aprovação do Plano Nacional de Educação – PNE Lei nº 10.172/2001 é apresentado um diagnóstico da educação nacional definindo diretrizes e metas educacionais para serem cumpridas no decênio 2001-2010 no país. Serviu como subsídio para os governos federais, estaduais e

municipais que foram os responsáveis por colocá-lo em prática devendo, a partir dele, elaborarem seus próprios planos.

Sobre a educação infantil, no período de zero e três anos de idade, a proposta deixa de ter como base os cuidados físicos, de saúde e alimentação da criança e passa a ter espaços definidos para este fim, as creches, onde deverão se desenvolver programas educacionais específicos com estímulos adequados para essa fase da infância, com profissionais qualificados, mobiliário, brinquedos e materiais pedagógicos apropriados. Deve acontecer também a ampliação do atendimento educacional, visando o aproveitamento dos primeiros anos de vida com indicações de que a ação educacional nesse período tem efeitos positivos de natureza acadêmica e social posteriormente, pois as experiências e interações iniciais são decisivas para o desenvolvimento humano. Na distribuição das competências referentes à educação infantil, o PNE destaca a responsabilidade do governo e da família, enfatizando a importância de se desenvolver um trabalho articulado entre esses sistemas, baseado no princípio de que a educação familiar e a escolar se complementam.

No âmbito da educação especial, o PNE acompanha a Constituição Federal e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9394/96, que determinam o direito à educação especial, sempre que possível, nas escolas regulares. O desafio da década para essa modalidade de ensino é a construção da escola inclusiva. Porém, nos casos em que as necessidades dos alunos exijam outras situações de atendimento educacional, a indicação é de sala de recursos, com classe e escola especial. O PNE (2000) deixa clara a necessidade de uma atuação em nível federal mais eficaz nessa área. Cita algumas ações que deverão se efetivar no decênio, como a eliminação das barreiras arquitetônicas nas escolas, a adequação do material didático-pedagógico, sensibilização da comunidade escolar para facilitação do processo inclusivo, oferta de transporte escolar adaptado, qualificação e preparação profissional, articulação entre a educação, a saúde e a assistência social e a necessidade de se firmar um compromisso maior da escola comum com o atendimento educacional do aluno especial. Sobre a estimulação precoce, o PNE afirma que o atendimento educacional deverá iniciar-se o mais cedo possível, inclusive na condição de prevenção, propiciando assim maior eficácia

sobre o desenvolvimento infantil. Considera importante a detecção e identificação precoce para uma adequada estimulação. Quanto aos objetivos e metas do PNE, no que diz respeito ao trabalho com as crianças pequenas, destaca-se a preocupação em sistematizar as parcerias entre saúde, educação e assistência social nos municípios a fim de ampliar a oferta do serviço de estimulação precoce em instituições especializadas ou comuns de educação infantil, principalmente nas creches. Outro objetivo expresso no documento é garantir que sejam realizadas, juntamente com a área de saúde, avaliações de natureza visual e auditiva nas instituições de educação infantil para detecção precoce de deficiências e oferecimento de apoio, caso seja necessário.

Em 2008, novas diretrizes são lançadas a fim de orientar a prática pedagógica do sistema educacional brasileiro: as Diretrizes Operacionais para o Atendimento da Educação Especial na Educação Básica (2008). O documento não faz qualquer alusão à estimulação precoce. Apresenta as regulamentações do atendimento educacional especial no ensino regular, considerando como público alvo as crianças com deficiências intelectuais, sensoriais e motoras; com transtornos globais do desenvolvimento e com altas habilidades/superdotação. Declara que a matrícula desses alunos deve ser realizada nas classes comuns e também no Atendimento Educacional Especializado (AEE) da rede pública ou instituições sem fins lucrativos. A função do AEE é complementar ou suplementar a formação do aluno, mediante serviços específicos, com vistas à inclusão. A educação especial será praticada prioritariamente no turno inverso ao da escolarização e não substitui as classes comuns, considerando todos os níveis, etapas e modalidades de ensino. Salienta-se aqui que a oferta do AEE contempla as crianças na faixa etária de zero a três anos, embora o referido documento não especifique como nem onde isso acontecerá. A elaboração e execução do plano de AEE é responsabilidade dos profissionais que ali atuam em articulação com os professores do ensino regular, com a participação das famílias e serviços de saúde e assistência social. O projeto pedagógico da escola de ensino regular deve prever o AEE com professores tendo formação específica e desenvolvendo as seguintes funções: elaborar, executar, acompanhar e avaliar o plano de atendimento educacional especial, organizar os atendimentos, estabelecer parcerias com as áreas intersetoriais, orientar professores e

famílias, ensinar e usar tecnologia assistiva, estabelecer articulação com os professores da rede regular de ensino, visando serviços, recursos e estratégias que promovam o desenvolvimento e a inclusão do aluno.

Através da análise dos dados obtidos com o levantamento desses referenciais algumas questões merecem ser destacadas, entre as quais a necessidade dos documentos oficiais sinalizarem de forma mais clara propostas de promoção da saúde das crianças, pensando muito mais na prevenção, tão importante e essencial, do que simplesmente o reparo ou a reabilitação das consequências deixadas por algum tipo de deficiência.

Sobre promoção da saúde, Leavelle e Clark (1979, p. 19) inferem que “são medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais”. Essa conceituação mais ampla de saúde está presente no Relatório Final da VII Conferência Nacional de Saúde, que expressa o seguinte:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL/MS, 1986).

Em estimulação precoce acredita-se que a prevenção se faz pela integração de ações das áreas educacional, de saúde e social, sendo necessário também facilitar e promover a participação familiar nos atendimentos, conforme citam alguns documentos nacionais.

Portanto, conclui-se, de acordo com os documentos, que o modelo de atendimento em estimulação precoce no Brasil deve oferecer serviços dirigidos aos familiares, com ações profissionais integradas e não direcionado somente à minimização das sequelas da “doença”.

Conforme apregoa García Sanches (2001), as características patológicas da criança e as características sociofamiliares do ambiente geram uma complexa realidade e podem modificar, direta ou indiretamente, as características psicológicas da criança e os níveis de integração socioeducativa que ela pode alcançar.

García Sanches (2001, 2003) também recomenda que as ações destinadas às crianças ocorram em três níveis de atenção: prevenção primária, secundária e terciária.

A prevenção primária é um conjunto de ações que se utiliza para evitar o surgimento de um transtorno que ainda não está presente, sendo dirigida principalmente à família da criança (ARNALDOS PAYÁ et al., 2000). Aqui a atuação não acontece diretamente com a criança, pois o foco é o ambiente. Existem basicamente dois enfoques de trabalho nesse nível de prevenção: os programas dirigidos às famílias e futuros pais, visando à sensibilização, à orientação e à informação (moradia e alimentação adequada, áreas de lazer, escolas, educação em todos os níveis,...), e os programas dirigidos aos profissionais que atuam com a população infantil e proteção específica, (imunização, saúde ocupacional, higiene pessoal e do lar, proteção contra acidentes, aconselhamento genético,...) visando à capacitação de agentes de promoção da saúde e da educação da criança - (FEAPAT, 2005a; FEAPAT, 2005b).

A prevenção secundária consiste na detecção precoce de patologias, enfermidades, transtornos ou situações de risco que possam afetar o desenvolvimento da criança (GARCÍA SÁNCHEZ; CASTELLANOS; MENDIETA GARCÍA, 1998). Além disso, Díaz Maysounave (2003) infere que os elementos desse tipo de prevenção são aqueles dispositivos, serviços, instituições ou agentes que, pela dinâmica profissional, têm acesso natural e cotidiano às crianças entre zero e seis anos, tais como: obstetrícia, ginecologia, neonatologia, pediatria, inquéritos para descobertas de casos, exames periódicos, individuais, para detecção precoce de casos, pronto atendimento para evitar futuras complicações, escolas infantis, equipes de orientação pedagógica, serviços sociais comunitários, programas de monitoramento do desenvolvimento infantil, etc.(FEAPAT, 2004; FEAPAT, 2005b).

A prevenção terciária atua sobre as consequências biológicas e socioambientais que afetam o desenvolvimento da criança com algum transtorno. Os serviços voltam-se no sentido de paliar tais consequências e também de prevenir outros problemas que poderão surgir ao longo do processo evolutivo (SÁNCHEZ; BRAZÁLEZ; GARCÍA, 1998). A prevenção terciária pode ser dividida em quatro etapas: a avaliação inicial da criança, a intervenção

terapêutica, a avaliação e controle dos resultados e os encaminhamentos de que a criança necessita (FEAPAT, 2004). Nesses casos, a intervenção necessita ser imediata para o bom aproveitamento das potencialidades plásticas do sistema nervoso da criança nas suas primeiras etapas de evolução.

É cada vez mais necessário dirigir esforços para programas que tenham estratégias de coordenação e critérios de intervenção definidos para cada uma das etapas de atuação dos serviços (DÍAZ MAYSOUNAVE, 2003).

Além dos documentos oficiais nacionais, verificou-se também a produção de conhecimento na área da estimulação precoce, na realidade brasileira, através do rastreamento no banco da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) de dissertações e teses de programas de pós-graduação em educação entre os anos de 2000 a 2009, com base nas seguintes palavras-chave: “estimulação precoce”, “atenção precoce” e “intervenção precoce”.

Silva (2000), em sua dissertação investigou quais eram os níveis da noção de objeto permanente e de causalidade física encontrados nas crianças com Síndrome de Down, em atendimento de estimulação precoce, da Universidade Federal do Paraná. Foram investigadas crianças com Síndrome de Down entre quatro meses e quatro anos de idade, que participavam de atividades de estimulação precoce, procurando avaliar as construções cognitivas das mesmas. Destacou-se um atraso de um ano a um ano e meio nas crianças, mesmo em estimulação. No entanto observou-se uma criança que até os quatro anos de idade não havia sido estimulada uma vez que ainda não andava e tinha idade cognitiva de cinco meses. As conclusões destacaram que uma estimulação precoce bem estruturada pode promover o desenvolvimento da criança com Síndrome de Down, minimizando suas dificuldades e evidenciando a possibilidade de plasticidade neuronal.

Em 2003, foi encontrada uma pesquisa (mestrado) sobre os programas de intervenção com bebês pré-termo e suas famílias, considerando a avaliação e os subsídios para a prevenção de deficiências, da Universidade Federal de São Carlos. Este estudo de Formiga (2003), teve por objetivo avaliar a eficácia de um programa de intervenção, com e sem treinamento das mães, no desenvolvimento de bebês pré-termo. Participaram bebês pré-termo e suas

mães, oriundos do Serviço de Acompanhamento e Intervenção em Bebês de Risco da cidade de São Carlos, SP. Os participantes foram divididos em dois grupos: (1) grupo de intervenção com orientação e treinamento das mães e (2) grupo de intervenção sem orientação e treinamento das mães. Os bebês foram avaliados pelo Inventário Portage, operacionalizado por um período de quatro meses, considerando as seguintes áreas: estimulação infantil, socialização, cognição, linguagem, autocuidados e desenvolvimento motor. Os resultados demonstraram que os bebês do primeiro grupo obtiveram maior evolução dos comportamentos avaliados em relação aos bebês do segundo grupo.

No ano de 2004, apareceu uma investigação de mestrado, evidenciando as concepções paternas sobre o bebê com deficiência inserido na estimulação precoce, da Universidade Federal do Paraná (HANSEL, 2004). A pesquisa investigou as concepções paternas sobre o bebê inserido em estimulação precoce. Observou-se que os pais, durante a gestação, prestam assistência às mães e criam expectativas em relação ao bebê. Quando recebem do médico a notícia que o filho é portador de deficiência, afirmam que geralmente esta é transmitida por meio de informações dúbias e imprecisas. O nascimento dessa criança causa um grande impacto na vida desses pais, que caracterizam o choque como um dos sentimentos vivenciados e apegam-se às crenças religiosas. Ocorrem mudanças na vida familiar devido à condição da criança, e os pais manifestam que os cuidados com o filho aumentam, assim como as suas responsabilidades e compromissos. Os questionamentos constantes das outras pessoas geram aborrecimentos e os deixam pouco à vontade. Os pais mantêm altas expectativas de que no futuro o filho se torne normal, e por isso, sentem-se estimulados a contribuir para que a criança se desenvolva. Consideram o atendimento da estimulação precoce necessário, contudo enfatizam que o trabalho não leva em conta a sua participação, a sua percepção do filho e os seus sentimentos, além de não esclarecer sobre a finalidade das atividades, nem sobre as funções dos profissionais que trabalham com o bebê. Os pais demonstram restrições à escola especial e se consideram engajados no trabalho diário que é realizado pela família e, segundo eles, auxilia a criança. Foram apontadas as seguintes sugestões: o atendimento da estimulação precoce deve levar em consideração a família, seu discurso, suas ações e sentimentos; deve possibilitar interações satisfatórias e

positivas entre os membros de um mesmo grupo familiar de forma significativa para o desenvolvimento das crianças; os hospitais e maternidades devem se preocupar em prestar apoio psicológico aos pais, no caso do nascimento de um filho com deficiência e disponibilizar um profissional que os auxilie e oriente na hora em que estes recebem a notícia; as instituições educacionais devem fomentar a criação de grupos de apoio, de programas e de estratégias para a estimulação precoce e para a melhoria da educação especial, e que as investigações sobre temas referentes à paternidade devem ressaltar as contribuições que o pai naturalmente pode dar para a vida dos seus filhos, por meio das interações que se estabelecem entre eles.

Já em 2005 uma pesquisa de mestrado foi rastreada abordando o trabalho com crianças autistas e possíveis modelos de intervenção, da Universidade Federal de São Carlos. Os objetivos desta pesquisa foram comparar a interação social das crianças com autismo por meio de seus comportamentos comunicativos, descrever e analisar a ecologia da sala de aula. Fizeram parte desta pesquisa seis crianças. Os resultados deste estudo demonstraram que, embora as metodologias e medidas usadas sejam diferentes tornando problemática a comparação entre os programas, há uma quantidade de resultados positivos, indicando que educação intensiva precoce que envolve os pais e incluem o ensino de habilidades essenciais, pode produzir mudanças positivas significativas em muitas áreas do desenvolvimento da criança com autismo, como por exemplo, as áreas de habilidades comunicativas e de interação social. (GIARDINETTO, 2005)

Rios (2006), também da Universidade Federal de São Carlos, investigou em sua dissertação de mestrado os efeitos de um programa de prevenção de problemas de comportamento em crianças escolares de seis meses até três anos de idade, de famílias de baixa renda. Os dados de observação identificaram a necessidade de mais pesquisas que procurem investigar os procedimentos de intervenção com crianças pequenas e a formulação de parcerias com outros profissionais e com o governo, gerando consequências mais significativas e duradouras para os envolvidos nos programas.

No ano de 2007 apareceram quatro trabalhos, sendo dois em nível de mestrado. Da Universidade Federal do Rio Grande do Sul veio um dos trabalhos (mestrado) sobre a importância da estimulação precoce na educação

infantil e a detecção dos sinais de risco psíquico para o desenvolvimento infantil (MONTENEGRO, 2007). Este estudo foi desenvolvido em duas escolas infantis do município de Porto Alegre, onde crianças de 0 a 3 anos, que apresentaram sinais de risco psíquico para seu desenvolvimento, foram acompanhadas em estimulação precoce. A pesquisa demonstrou que é possível perceber indicadores que nos preocupam em relação ao desenvolvimento infantil, sendo a escola, além da família, um lugar de grande importância na história de vida das crianças e na detecção precoce de risco psíquico.

Da Universidade Federal do Ceará surgiu outro trabalho de mestrado evidenciando a avaliação da psicomotricidade no processo ensino-aprendizagem da criança com Síndrome de Down, frequentando a educação infantil (NOGUEIRA, 2007). A pesquisa revelou que 100% das professoras conhecem a Psicomotricidade, com a maioria utilizando-a como ferramenta pedagógica na interação, e na aprendizagem. Os elementos psicomotores são trabalhados, distribuídos pelos diferentes componentes funcionais e relacionais, cujas vantagens se refletem em melhorias no aspecto relacional, interação social e desenvolvimento psicomotor das crianças. No tocante às características afetivas e sociais, 90% das crianças mantêm vínculo de afetividade com a professora. As maiores dificuldades apresentadas pelas crianças se referem à linguagem, envolvendo oralidade, leitura e escrita. A anamnese com os pais revelou o desconhecimento total ou parcial sobre a Síndrome de Down antes do nascimento das crianças. Concluiu-se que o emprego da psicomotricidade ajuda na aprendizagem e interação das crianças, influenciando em todas as esferas do desenvolvimento, especialmente quando a estimulação psicomotora precoce é aplicada desde os primeiros meses de vida.

Outra investigação em nível de mestrado oriunda da Universidade Federal do Paraná tinha como alvo a aquisição da noção de espaço pela criança com Síndrome de Down em atendimento de estimulação precoce. Neste estudo, Omaili (2007), revela que das oito crianças observadas em idade de sete meses a quatro anos todas demonstraram ter construído a noção de espaço; quatro crianças apresentaram construções muito próximas ao das idades preconizadas pela teoria piagetiana; três crianças apresentaram um

distanciamento mais expressivo no que condiz à idade; uma criança não se pode concluir se já não teria apresentado características do seu subestágio na idade esperada. Concluiu-se que as crianças com Síndrome de Down constroem a noção de espaço, de forma sucessiva, nas mesmas etapas encontradas por Piaget em seus estudos. Que o distanciamento apresentado por três crianças tem provável origem na demora para o início do atendimento em estimulação precoce, como também problemas de desatenção que acompanham estas crianças parecem interferir. Enfatiza-se a necessidade de profissionais das áreas afins pesquisarem e documentarem mais sobre o desenvolvimento cognitivo das crianças pequenas com necessidades especiais, para que as mesmas sejam vistas como um ser sim muito especial como todas as crianças são, mas acima de tudo como um ser biopsicossocial que age, sente e produz. Salienta também a necessidade de programas de políticas públicas acerca de atendimentos de estimulação precoce.

Ainda em 2007, encontrou-se mais uma contribuição para os estudos em estimulação precoce proveniente da Universidade Federal de São Carlos, em nível de mestrado, avaliando a grade curricular e os conhecimentos de residentes em pediatria sobre a vigilância do desenvolvimento. Neste trabalho, os resultados mostraram que a maioria dos residentes em pediatria apresenta atitudes diferenciadas dos médicos que atuam já há mais tempo em atenção à saúde da criança, mas também apresentam alguns problemas que podem comprometer a eficácia da vigilância do desenvolvimento realizada por pediatras. As correlações entre o ensino de pediatria e o conhecimento dos residentes sobre a vigilância do desenvolvimento mostraram que os cursos que apresentam o desempenho médio mais alto nos questionários têm também a melhor descrição do conteúdo de vigilância do desenvolvimento em suas grades curriculares; os residentes que justificaram porque perguntam ou não sobre desenvolvimento às mães e os que afirmaram utilizar escalas de avaliação em sua prática acertaram maior número de questões do questionário. A partir de tais resultados, apresenta-se como proposta para futuros estudos a elaboração de um programa de formação continuada para residentes em

pediatria na forma de ensino à distância, utilizando as ferramentas do ambiente de aprendizagem (DELLA BARBA, 2007).

Em 2008, foram encontradas duas pesquisas, uma em nível de mestrado e outra em nível de doutorado, ambas da Universidade Federal do Paraná.

Souza (2008), em sua dissertação, tratou das concepções das educadoras sobre o desenvolvimento infantil de crianças de zero a três anos. Foram entrevistadas educadoras de um centro municipal de educação infantil, da cidade de Curitiba, Paraná. Após análise dos dados observou-se que as profissionais: possuem uma concepção de desenvolvimento unidirecional, com ênfase no ambiente e na prática profissional; acompanham e avaliam o desenvolvimento infantil fazendo uso da comparação entre as próprias crianças e da observação diária, tomam iniciativas próprias para lidar com as dificuldades infantis, incluindo os bebês com necessidades especiais; sua rotina de trabalho se baseia na resolução imediata de problemas, não havendo espaço e tempo para a reflexão e planejamento; revelam ter uma rotina extenuante, sentindo-se cansadas e sobrecarregadas. Propõe, entre outras medidas, a necessidade da melhoria das condições de trabalho das educadoras; a readequação dos espaços; a implantação da formação continuada sobre o desenvolvimento infantil, a mobilização da universidade para que participe ativamente na melhoria do ensino de graduação e pós-graduação destinados à formação de professores de educação, incluindo estudos sobre bebês com e sem necessidades especiais.

Já Soegima (2008) focou em sua tese a atenção e estimulação precoce e o desenvolvimento da criança em creche. A pesquisa verificou se um programa de intervenção precoce tem efeitos positivos sobre o desenvolvimento (motor e mental) de crianças entre um e três anos de idade que permaneciam em tempo integral na creche pública e apresentavam defasagem no desenvolvimento. Inicialmente. Foram avaliadas sessenta e três crianças por meio das Escalas Bayley II, sendo que trinta e sete delas apresentaram defasagem no desenvolvimento em ambas as escalas, mental e motora. Destas trinta e sete crianças, vinte foram sorteadas para participar de um programa de intervenção precoce. Após a realização desta intervenção,

foram sorteadas, para a segunda aplicação das Escalas Bayley II, quinze crianças com defasagem e participantes da intervenção e quinze crianças com sem defasagem. Os resultados evidenciaram visível progressão no desenvolvimento das crianças que apresentaram defasagem e participaram da intervenção precoce. Concluiu-se a viabilidade do emprego de uma intervenção de caráter preventivo nas creches públicas, na perspectiva da atenção precoce. Dessa forma, defasagens do desenvolvimento infantil podem ser prevenidas, identificadas, trabalhadas e superadas, evitando futuras deficiências ou transtornos no desenvolvimento infantil.

No ano de 2009 foram encontradas duas dissertações. Uma delas é oriunda da Universidade Federal de São Carlos, tratando da educação para vigilância do desenvolvimento infantil, com destaque ao programa de capacitação virtual e presencial para educadores de creches (NEÓFITI, 2009). Foram participantes do estudo quarenta e sete educadores de creches municipais de uma cidade de médio porte do Estado de São Paulo que compuseram o grupo experimental- GE e grupo controle- GC. O conteúdo versou sobre o desenvolvimento infantil, fatores de risco e mecanismos de proteção, ações de vigilância, o papel do educador de creche, oportunidades de estimulação no cotidiano da creche e promoção da saúde. O estudo foi desenvolvido em três etapas: preparo do trabalho de campo, convite aos participantes e composição dos grupos, elaboração do programa, e, implementação e avaliação do programa por meio de um delineamento experimental, com grupo experimental e controle equivalentes, e, medidas pré e pós-teste. A partir dos resultados obtidos, do ponto de vista qualitativo o aumento no repertório dos participantes do GE ocorreu em relação às seguintes temáticas relacionadas à vigilância do desenvolvimento: atitudes do educador nos momentos em que percebe uma anormalidade ou risco para a criança, em relação aos mecanismos de proteção, aos marcos do Desenvolvimento Infantil e aos Fatores de risco. Tais resultados foram discutidos sob a ótica das ações de prevenção no campo da Educação Especial.

A outra, de Ambrozio (2009) da Universidade Federal do Paraná, abordou a participação de mães na avaliação do desenvolvimento do bebê com

Síndrome de Down realizada pelo psicólogo na estimulação precoce. Foi possível constatar que as mães, antes de participarem da avaliação do desenvolvimento do filho, juntamente com o psicólogo enfatizavam atrasos no desenvolvimento do filho, sobretudo na área motora e da impossibilidade deste realizar determinadas atividades; entravam poucas vezes na sala de atendimento e se limitavam a observar as atividades realizadas pelos profissionais da equipe; salientaram que gostariam de assistir com frequência aos atendimentos; afirmaram nunca terem participado de avaliações do filho e nunca souberam como elas ocorreram ou os seus resultados; d) tinham pouco contato com o psicólogo, desconheciam a sua função no atendimento e achavam que este profissional restringia-se ao atendimento de pessoas com transtornos mentais. Após participarem da avaliação do desenvolvimento do filho, juntamente com o psicólogo, observou-se que as mães ficaram surpresas com as habilidades do bebê para realizar as tarefas propostas pela escala de desenvolvimento; compreenderam melhor o desenvolvimento do bebê com Síndrome de Down e ampliaram seu conceito de desenvolvimento; observaram mais atentamente os comportamentos do filho explicando detalhes sobre os pontos fortes e fracos no desenvolvimento do bebê; engajaram-se mais fortemente em fornecer atividades estimuladoras ao bebê em casa; motivaram a participação dos familiares nestas atividades; passaram a relacionar o papel do psicólogo na Estimulação Precoce com o desenvolvimento infantil de bebês. Os resultados sugerem que as concepções das mães acerca do desenvolvimento infantil do bebê com Síndrome de Down podem ser alteradas a partir da sua participação na avaliação realizada pelo psicólogo, na Estimulação Precoce, levando-as a promover o desenvolvimento do filho.

Portanto, concluindo as investigações nos cursos de pós-graduação em educação – nível de mestrado e doutorado da CAPES –, foram encontrados quinze trabalhos. Nesse contexto, duas universidades destacam-se em suas produções sobre estimulação precoce: Universidade Federal do Paraná – UFPR e Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR. Observa-se que nos anos de 2000, 2003, 2004, 2005 e 2006 a produção de trabalhos sobre estimulação precoce era tímida, apenas uma por ano, e que a partir de 2007 houve um pequeno aumento do número de produções por ano.

As dissertações e teses elencadas anteriormente sobre estimulação precoce oriundas dos programas de pós-graduação em educação colaboram também na visualização de uma restrita produção científica sobre essa temática em nível nacional. Tais pesquisas refletem o compromisso das universidades brasileiras com a educação a fim de mobilizarem-se na luta pela qualidade do atendimento em estimulação precoce, por meio das atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Um estudo inédito e pioneiro no Brasil, envolvendo o domicílio de famílias de crianças com necessidades educacionais especiais e crianças de risco, habitantes da região rural dos Estados Unidos, é a pesquisa de Williams (1983), que resultou no livro de Williams e Aiello (2009). Trata-se da operacionalização do Inventário Portage que fornece ferramentas de forma detalhada para a aquisição de determinadas habilidades que a criança deverá atingir com a orientação de um professor e através do planejamento de ações de estimulação em ambiente familiar natural, da demonstração e treino dos pais e das intervenções do orientador (professor) no sentido de alterar, reformular ou delinear novos procedimentos. O Guia Portage abrange as seguintes áreas do desenvolvimento, específicas para crianças entre zero e seis anos de idade: motora, social, linguagem, cognitiva e autocuidados. Além disso, apresenta uma área de estimulação infantil para crianças de zero a quatro meses. (WILLIAMS; AIELLO, 2009). Sem dúvida, o trabalho possibilita uma série de instrumentos para a intervenção dessas crianças, o que favorece um acompanhamento minucioso do desenvolvimento infantil e coloca a disposição dos profissionais e pesquisadores muitíssimas informações e orientações enriquecidas por diferentes situações e atividades vivenciadas com crianças.

Os documentos oficiais, a produção científica e mesmo a prática da estimulação precoce no Brasil ainda são escassos e enfrentam muitos obstáculos. A operacionalização do Guia Portage representa uma inovação na área e consiste num instrumento útil e importante para realizar intervenções com famílias e também acompanhar ações voltadas à avaliação sistemática de crianças com problemas de desenvolvimento, além de comprometer-se com uma prestação de serviços dirigida especificamente aos familiares.

No estado do Paraná, a Educação Especial relaciona-se diretamente com os fatos históricos que marcaram esse segmento educacional no contexto nacional. Dessa forma, o trabalho da estimulação precoce, também segue os preceitos legais brasileiros sobre o atendimento educacional a tal parcela da população infantil.

Conforme já mencionado, a LDB enfatiza que este serviço deve acontecer, preferencialmente, na rede regular de ensino, oferecendo-se, quando necessário, serviços de apoio especializado na escola regular. Quando não for possível a inclusão nas classes regulares, em função das condições específicas dos educandos, o atendimento deve ser feito em classes e escolas especializadas, na perspectiva da inclusão educacional.. No § 3º do Artigo 58 da LDB, o texto da Lei indica que: “A oferta da educação especial, dever constitucional do Estado, tem início na faixa etária de zero a seis anos, durante a educação infantil”.

Buscando um detalhamento e uma complementação desses dispositivos legais, a Câmara de Educação Básica de Educação do Estado do Paraná adota as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (Res. CNE/CEB N.º 2/2001), que reafirma que o atendimento escolar desses alunos terá início na Educação Infantil (creches e pré-escolas), assegurando-lhes os serviços especializados indicados mediante avaliação. Tal Resolução, além de inúmeros aspectos específicos da educação especial, trata da articulação entre as diferentes etapas, níveis e modalidades educacionais.

A oferta de serviços e apoios especializados na rede regular de ensino visa ao atendimento de alunos com necessidades educacionais especiais nas áreas da deficiência mental, visual, física, auditiva, condutas típicas de quadros neurológicos, psiquiátricos e psicológicos graves e altas habilidades/superdotação, compreendendo: sala de recursos, centros de atendimento especializado, professor de apoio permanente, profissional intérprete, instrutor surdo, classe especial e escola especial (PARANÁ, 2005).

O Departamento de Educação Especial e Inclusão Educacional (DEEIN/PR), em conjunto com representantes das instituições filantrópicas, elaboraram a organização pedagógica da escola de Educação Básica na modalidade da Educação Especial, compreendendo o atendimento educacional às crianças pequenas da seguinte maneira: Educação Infantil: estimulação

essencial/precoces, de zero a três anos e onze meses e pré-escolar: a partir de quatro anos a cinco anos e onze meses. Vale destacar que a nova organização pedagógica tenta romper com o distanciamento construído entre a educação especial e a educação regular.

Após o ingresso da criança com necessidades educacionais especiais, a instituição deve garantir seu direito à aprendizagem e à convivência, promovendo: a organização de ações internas que sirvam de apoio ao professor (a presença de um ou uma auxiliar, a adaptação dos espaços, móveis e objetos, a análise do planejamento e organização dos tempos e espaços, o uso do espaço externo); a realização de reuniões sistemáticas com os professores; o intercâmbio entre escolas e professores que trabalham com crianças com necessidades educacionais especiais; a articulação com outras secretarias, setores competentes do município, sejam da prefeitura ou da iniciativa privada, e instituições parceiras, para um melhor atendimento; além de leituras, grupos de estudos e encontros periódicos entre os professores e gestores das instituições educacionais e a equipe de educação especial, para acompanhamento e suporte.

2.2 AS ABORDAGENS EXPLICATIVAS DO DESENVOLVIMENTO APLICADAS À ESTIMULAÇÃO PRECOCE

O texto a seguir destaca duas relevantes perspectivas teóricas atuais sobre desenvolvimento infantil que são úteis para compreender as mudanças significativas que ocorreram nos modelos conceituais da estimulação precoce, nas últimas décadas, especialmente nos Estados Unidos e países europeus.

Entre essas mudanças, é consensual entre os autores que para uma prestação de serviços de qualidade, a filosofia e orientação teórica do atendimento em estimulação precoce devem privilegiar a família. Ao contrário das práticas da década de 1970, por exemplo, em que esse atendimento centrava sua preocupação principalmente na criança, hoje, devido à influência do movimento de modificação do papel passivo dos pais para um papel de participantes ativos nos serviços, ocorreu a necessidade de ampliar os esforços

da intervenção para o contexto comunitário onde se insere a família. Essas alterações têm origem nas contribuições conceituais do Modelo Ecológico de Desenvolvimento de Bronfenbrenner (1979) e do Modelo Transacional de Desenvolvimento, proposto por Sameroff e Chandler (1975). Em ambos, as famílias funcionam como mediadoras entre o indivíduo e a sociedade, uma vez que o grupo familiar se insere num sistema ecológico social mais abrangente e é influenciado pelas mudanças existentes na comunidade e na sociedade. Essa relação de sistemas origina uma maior compreensão e interdependência de diversos fatores, o que influencia decisivamente o desenvolvimento da criança (SERRANO, 2007).

O modelo da ecologia do desenvolvimento humano tem sua origem na teoria geral sistêmica. Os pioneiros do pensamento sistêmico foram os biólogos que apresentaram uma teoria interdisciplinar defendendo a ideia de que a ciência não ocorre somente com a percepção dos elementos, mas sim com as relações que eles mantêm entre si. Isso evidencia que os seres vivos e seu meio não podem ser vistos em unidades separadas, pois qualquer organismo vivo é parte ativa e intencional do ambiente em que interage.

Com base nos princípios da Teoria Sistêmica aplicada à Psicologia, os estudos de Bronfenbrenner (1996) têm como ideia central a compreensão do desenvolvimento, considerando todo o espaço ecológico onde ele ocorre. O autor propôs então o Modelo Ecológico, também conhecido como Ecosistêmico, destacando a inter-relação entre subsistemas organizados que auxiliam no apoio e na orientação do desenvolvimento humano, bem como a interdependência dos processos a partir da análise dos sistemas multipessoais de interação. Com essa perspectiva, a visão sobre o desenvolvimento remete a um pensamento complexo, ampliado, que contempla a instabilidade e a intersubjetividade que se estabelecem nas relações. Isso evita a formulação de explicações baseadas em aspectos únicos, focando assim as propriedades do todo (BRONFENBRENNER, 1996; VASCONCELLOS, 2003).

De acordo com Bronfenbrenner e Morris (1998), o desenvolvimento humano é resultado da ação conjunta entre um processo proximal, as características da pessoa em desenvolvimento, o contexto imediato e remoto no qual ela vive e a quantidade e frequência do tempo no qual fica exposta ao processo proximal e ao ambiente. Baseado nisso, Bronfenbrenner (1999)

propôs uma metodologia de pesquisa que permite a investigação da relação entre as características da pessoa e do ambiente como fatores decisivos no desenvolvimento humano, o modelo Processo – Pessoa – Contexto – Tempo.

O primeiro núcleo que constitui o modelo Ecológico é o Processo, mecanismo central envolvido no desenvolvimento humano e definido como uma transferência de energia entre a pessoa e o ambiente externo imediato, composto por pessoas, objetos e símbolos. Essas transferências de energia entre a pessoa e o ambiente foram definidas por Bronfenbrenner e Evans (2000) como “processos proximais” e segundo eles podem ocorrer em uma ou em ambas as direções, separadas ou simultaneamente.

Para que esses processos proximais contribuam efetivamente para o desenvolvimento humano é necessário que a pessoa se envolva em determinada atividade; que mantenha interação regularmente, por períodos de tempo estendidos; que a interação ocorra progressivamente e de forma mais complexa; que haja reciprocidade e afeto nas relações interpessoais e que os símbolos, os objetos e as demais pessoas com as quais ocorre a interação estimulem a atenção, exploração, manipulação e a imaginação da pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

As Pessoas também fazem parte do modelo Ecológico e, ao mesmo tempo que influenciam os processos proximais, também são por eles influenciados. As características das pessoas que influenciam tais processos são as disposições, os recursos e as demandas pessoais de cada um. As disposições referem-se ao sujeito estar mais ou menos engajado, curioso e responsivo aos outros. Os recursos dizem respeito àquelas habilidades ou dificuldades de natureza psicológica que podem limitar ou expandir o funcionamento integral do organismo. As demandas pessoais englobam a capacidade de provocar ou impedir reações do ambiente que podem favorecer ou inibir a ocorrência dos processos proximais e o crescimento psicológico (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

O terceiro núcleo que compõe o referido modelo refere-se aos contextos de vida da pessoa. Para a compreensão do desenvolvimento humano, faz-se necessário considerar o sistema ecológico no qual ele ocorre. Ele é composto por cinco subsistemas que podem ser caracterizados por estruturas que se inter-relacionam. Tais estruturas são do nível mais interno ao mais externo:

Microssistema, Mesossistema, Exossistema, Macrossistema e Cronossistema (BRONFENBRENNER, 1994).

Microssistema – contexto mais imediato – é um padrão de atividades, papéis sociais e inter-relações experimentadas pela pessoa em desenvolvimento em um determinado ambiente, no qual características físicas, simbólicas e sociais particulares funcionam de forma a estimular ou inibir as inter-relações. Tais interações têm a característica de se tornarem, progressivamente, mais complexas por influência das atividades geradas nesse ambiente. A família, a escola, o grupo de iguais e o local de trabalho são exemplos desse ambiente. A relação entre os pais e seus filhos, por exemplo, retrata o papel de cada um no ambiente familiar. Para desempenhar tais papéis, cada um dos participantes empenha-se em atividades específicas e conjuntas, que são estabelecidas mediante padrões interacionais e que vão se modificando ao longo do tempo (BRONFENBRENNER, 1996; ASPESI; DESSEN; CHAGAS, 2005).

Mesossistema – alianças de microssistemas – compreende as relações que ocorrem entre dois ou mais ambientes que afetam a pessoa em desenvolvimento; por exemplo, as relações que são estabelecidas entre a casa e a escola, a escola e o local de trabalho, entre outros. O mesossistema representa as relações que se estabelecem entre um conjunto de microssistemas. No caso das relações que vão se estabelecendo entre a família e a escola, podem ocorrer influências mútuas entre essas instituições e, dependendo dos processos envolvidos, de continuidade ou ruptura das relações, podem também haver diferentes impactos na aprendizagem formal dos sujeitos (BRONFENBRENNER, 1996).

Exossistema – influências dos cenários externos – compreende as ligações entre dois ou mais ambientes, sendo que ao menos um deles não contém a pessoa em desenvolvimento, mas no qual ocorrem eventos que a influenciam de forma direta. Por exemplo: a criança considerada em relação à sua casa e aos locais de trabalho do pai e da mãe (BRONFENBRENNER, 1996).

Macrossistema – a cultura e os grupos como promotores de desenvolvimento – envolve o micro, meso e o exossistema e é característico de uma determinada cultura, tendo como referências o sistema de crenças,

conjuntos de valores, recursos materiais, costumes, estilos de vida, entre outros. As práticas culturais de pais de crianças pré-escolares refletem padrões de comunicação e atividades familiares regulados por normas, valores, crenças e atitudes intrínsecas ao ambiente familiar que diferem de acordo com a diversidade de cada sociedade (BRONFENBRENNER, 1996).

O último núcleo que compõe o modelo Ecológico refere-se ao Tempo. Ele não se configura apenas como um atributo cronológico do crescimento humano, mas como uma propriedade do ciclo de vida e ao longo da história. O tempo se constitui num quinto subsistema, o Cronossistema.

Cronossistema – sistema espaço-temporal – abrange mudanças relativas ao tempo, não somente nas características das pessoas, como também no ambiente em que elas vivem, como por exemplo, quando ocorrem mudanças no interior da pessoa, no curso de vida e da estrutura familiar, no status socioeconômico, no trabalho, local de residência, entre outros (BRONFENBRENNER, 1994).

O foco dos estudos de Bronfenbrenner (1996) mantém-se no funcionamento familiar, especificamente em como os fatores extrafamiliares influenciam no núcleo intrafamiliar, bem como nas possíveis repercussões de tais fatores para o desenvolvimento humano. Contudo, é possível distinguir duas fases distintas nas obras do autor. Sua primeira é descrita pelo Modelo Ecológico, com ênfase no papel do ambiente durante o desenvolvimento (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). Já na segunda fase, o destaque é dado a uma nova proposta, caracterizada pela interação dinâmica entre os principais conceitos do modelo ecológico com os elementos individuais da pessoa em desenvolvimento (POLÔNIA; DESSEN; SILVA, 2005).

O modelo Transacional, por sua vez, foi articulado inicialmente por Sameroff e Chandler (1975) numa tentativa de explicar as variações nos resultados em nível do desenvolvimento obtido por bebês de risco. Os autores levaram em consideração fatores biológicos e sociais, mas defendiam que esses não eram suficientes para prever o desenvolvimento dos bebês. Apontam que o impacto desses fatores é mútuo e varia em função do tempo. A criança modifica o seu ambiente e é, por sua vez, modificada pelo ambiente que ajudou a criar (SAMEROFF; CHANDLER, 1975).

Baseando-se em outras investigações que propuseram o conceito da interação entre organismo e ambiente, esses autores contribuíram com a formulação de uma teoria mais dinâmica que inclui a noção de transação, introduzindo a variante tempo. Pressupõe-se que um modelo que tente explicar o desenvolvimento tenha seu foco voltado ao processo dinâmico de mudanças ocorridas ao longo do tempo entre as interações da criança e seu ambiente. Na abordagem de Sameroff e Chandler (1975) também se pressupõe que mãe e filho, por exemplo, sofram mudanças resultantes das trocas entre ambos, ou seja, uma determinada característica da criança pode desencadear uma reação na mãe, que por sua vez, poderá influenciar o comportamento da criança em outro momento.

Em Sameroff e Chandler (1975), as modificações de comportamento que ocorrem ao longo do tempo são resultado de uma série de intercâmbios entre indivíduos envolvidos num sistema partilhado, por meio de princípios reguladores.

Os autores consideram três variáveis importantes que afetam o desenvolvimento: as características ambientais, o genótipo e o fenótipo. As características ambientais têm uma organização social contendo padrões reguladores do desenvolvimento, que é composta por subsistemas que “transacionam” com a criança e entre si. A interação entre esses subsistemas é complexa e transacional (SAMEROFF, 1983). Essa organização social engloba três níveis de fatores ambientais: a cultura, a família e os pais. Cada um desses níveis tem padrões reguladores com códigos próprios que influenciam as experiências vividas pela criança em desenvolvimento, em parte por meio das crenças, valores e personalidade dos pais; em parte, por meio dos padrões de interação e história da família; e, em parte, através das crenças de socialização e código cultural (SAMEROFF; FIESE, 2000).

O modelo integral de intervenção e coordenação de serviços em estimulação precoce encontra subsídios teóricos em Sameroff e Fiese (1990), em relação ao desenvolvimento infantil que emana dos processos de interação entre a criança e seu contexto e o contexto e a criança; em uma compreensão sistêmica das relações familiares e sua dinâmica e também em uma aproximação ecológico-neuro-condutual do programa de intervenção. Essas questões articuladas podem servir como guia para duas premissas:

- Que as alterações das crianças que devem ser objeto de intervenção não têm necessariamente uma causa simples e sim procedem da interação de múltiplos fatores biológicos e sociofamiliares que interagem entre si com relações bidirecionais. Por isso, na maioria das vezes a intervenção pode e deve atingir distintos níveis e objetivos;

- Que a intervenção programada não pode ser somente sobre a criança e sim sobre seu contexto, sendo, às vezes, mais importante a atuação preventiva ou terapêutica sobre o contexto do que sobre a criança. (SAMEROFF; FIESE, 1990).

Segundo Serrano (2007), os conceitos apresentados pelo modelo transacional são importantíssimos e têm grande impacto no campo da estimulação precoce, pois corroboram com a ideia de que esses programas não podem ser bem-sucedidos se apenas a criança sofrer intervenções. Elas devem ser ambientais e orquestradas para melhorar as capacidades da criança. Deste modo, o trabalho é estendido à análise de risco e à intervenção à família e à comunidade e ajuda a compreender por que razões as condições iniciais não determinam os resultados no desenvolvimento. Isso leva à ideia de que as dificuldades da criança podem ser estimuladas por fatores ambientais e também que alguns problemas no desenvolvimento podem ter causas ambientais e sociais.

2.3 O MODELO DE ATENDIMENTO EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR E COM A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA

O texto que segue apresenta alguns apontamentos teóricos que caracterizam a proposta de trabalho em equipe interdisciplinar baseada no modelo centrado na família. Inicialmente a pesquisadora destaca uma breve retrospectiva histórica sobre o atendimento da estimulação precoce, de acordo com seus modelos explicativos de trabalho, chegando até os dias atuais. Em seguida, finaliza com a revisão literária sobre a temática.

Nas décadas de 1960/70, os programas de estimulação/atenção precoce caracterizavam-se pelo modelo médico, ou seja, trabalho compensatório, baseado na relação profissional-criança, com ênfase na figura do profissional, o

qual decidia sobre procedimentos de avaliação e intervenção. Nessa perspectiva, a criança era vista fora dos seus contextos, tendo que alcançar objetivos definidos pelos profissionais para que obtivessem assim maior grau de desenvolvimento (MAHONEY; FILER, 1996, MAHONEY; O'SULLIVAN; DENNEBAUM, 1990, referidos por ALMEIDA, 2000a, TURNBULL; SUMMERS, 1987, referidos por SERRANO; CORREIA, 1998).

Já na década de 1980, o desenvolvimento infantil começou a ser compreendido como dinâmico e influenciado diretamente pela família e pelo ambiente onde a criança vive. Essa abordagem trouxe modificações importantes nos modelos teóricos do trabalho em estimulação precoce. O foco central aqui amplia-se e a preocupação passa a ser a criança em desenvolvimento, o grupo familiar e seus contextos. As práticas passam a ser focadas na família, caracterizando-se por interações de colaboração entre a família e os profissionais em que são definidas as necessidades do grupo familiar (DUNST; JOHANSON; TRIVETTE; HAMBY, 1991, McBRIDE; BROTHERTON; JOANNING; WHIDDON; DEMMITT, 1993, SIMEONSSON; BAILEY, 1990).

A partir dos anos 1990, o campo da estimulação precoce passa a ser influenciado por dois modelos explicativos do desenvolvimento: o Ecológico (BRONFENBRENNER, 1979, 1987) e o Transacional (SAMEROFF; CHANDLER, 1975). Ambos permitem uma concepção do trabalho em estimulação precoce incluindo ambientes e contextos externos à criança, como a família, a escola, os serviços sociais, a saúde, e outros que estão diretamente implicados no desenvolvimento infantil.

Por influências desses dois modelos explicativos, as práticas em estimulação precoce evoluem para um modelo centrado na família, cujas necessidades e desejos da mesma norteiam toda a prestação de serviços, reconhecendo-se que as relações entre os vários membros da família, assim como as relações entre a família e a comunidade em que está inserida são importantes para o funcionamento familiar e para o desenvolvimento da criança.

A preocupação passa a ser com a melhora do bem-estar familiar (BAILEY; McWILLIAM, 1993 e McBRIDE; BROTHERTON; JOANNING; WHIDDON; DEMMITT, 1993). A relação entre a família e os profissionais é

caracterizada por parceria quando as tomadas de decisão são partilhadas pela família e profissionais, tendo em conta as competências de ambos, e quando há uma partilha total de informação (SIMEONSSON; BAILEY, 1990; TURNBULL; TURBIVILLE; TURNBULL, 2000).

Para Mendieta e García Sánches (1998), esse modelo de atendimento em estimulação precoce pode ser definido como Modelo Integral e configura-se como um conjunto de atuações dirigidas à criança, sua família e meio, desenvolvidas desde a ação coordenada de uma equipe interdisciplinar, com o propósito de dar resposta imediata, planificada com caráter global, sistemática, dinâmica e integral às necessidades transitórias ou permanentes da população infantil que apresenta transtornos em seu desenvolvimento ou risco de poder vir a tê-los, entre zero e seis anos. Fundamentalmente a intervenção nessa vertente inclui criança-família-meio e se desenvolve a partir de uma equipe interdisciplinar, responsável por toda a coordenação do trabalho.

De acordo com Bronfenbrenner (1989), para atingir tal modelo de trabalho é necessário que os serviços se preocupem com os contextos que influenciam o desenvolvimento da criança, como por exemplo: os microssistemas (a família, o programa de atendimento ao bebê, a escola ou a creche); os mesossistemas (as relações que se configuram entre o lar e os locais que a criança frequenta); os exossistemas (os ambientes que a criança não frequenta, mas cujas relações afetam diretamente a ela: as decisões tomadas pela direção da creche, os locais de trabalho dos pais, entre outros) e os macrossistemas (as leis, os aspectos culturais e tudo o que rege sobre a infância).

Quando a prestação de serviços em estimulação precoce é norteadada por um modelo centrado na família, o trabalho em equipe tende a ser interdisciplinar, isto é, profissionais de várias disciplinas estabelecem entre si uma comunicação efetiva, partilham a informação, discutem os resultados da avaliação e planejam em conjunto a intervenção (McGONIGEL, WOODRUFF; ROSZMANN-MILLICAN, 1994).

Os autores citados ainda referem-se ao modelo de equipe interdisciplinar caracterizando-o como sendo o trabalho de diferentes profissionais que exercem suas funções em separado, mas reúnem-se regularmente para os estudos de casos. A família reúne-se com a equipe ou com um representante e

pode ou não ser considerada parte da equipe. A formação em serviço é frequentemente partilhada. Os profissionais compartilham os resultados para que assim possam construir um plano de trabalho comum. Os elementos da equipe implementam aspectos específicos do planejamento, relacionados à sua disciplina, e se possível abrangem outros aspectos. Esta partilha entre os profissionais permite uma visão integrada da criança e da família. É um modelo que exige um esforço constante dos elementos da equipe no sentido não só de ultrapassarem dificuldades de comunicação, como de coordenarem os seus objetivos e tomarem decisões conjuntas.

Franco (2007) analisa o modelo interdisciplinar externando que nele passa a existir uma estrutura formal de interação e de trabalho em equipe com a partilha de informações. No entanto, o fator decisivo nas tomadas de decisão sobre a intervenção continua a ser a perspectiva de cada profissional. Como cada um é quem faz a sua própria avaliação e seleção de prioridades, a tomada de decisão quanto à orientação do caso tende a refletir as relações de poder entre os técnicos, mais do que as reais necessidades da criança ou da família.

Guralnick (2001) apregoa a integração entre os profissionais como um dos princípios fundamentais para o efetivo funcionamento de um modelo de sistemas desenvolvimentais em intervenção precoce. Segundo ele inúmeras disciplinas profissionais, geralmente representando diferentes agências e estruturas administrativas, estão envolvidas no trabalho. Essas circunstâncias produzem pressões que fragmentam apoios e serviços e constituem barreiras para que o sistema se torne abrangente e bem coordenado. Elas também exercem pressão para perceber o desenvolvimento da criança como o produto de domínios paralelos, ao invés de um conjunto organizado e integrado de processos desenvolvimentais. O autor também destaca que para que ocorra a integração é essencial e necessário estabelecer um processo integrado e minucioso envolvendo um componente avaliativo interdisciplinar abrangente, além do estabelecimento de práticas e princípios correspondentes. A integração também é importante para o desenvolvimento de um plano de intervenção abrangente. Essas tarefas podem demandar o envolvimento direto ou indireto de profissionais da saúde, especialistas em desenvolvimento infantil, educação especial, educação infantil, entre outros. Princípios e práticas

consagradas e relevantes a esse nível de integração também estão disponíveis. Outra ação que pode possibilitar a integração do trabalho ocorre durante a execução do plano de intervenção. As alternativas para a provisão em separado de serviços terapêuticos especializados que são, muitas vezes, duplicados e ineficientes, têm se voltado atualmente para a integração de várias terapias. As abordagens de consultas colaborativas, em particular, parecem ser bastante viáveis à medida que coordenam e combinam recursos específicos de cada disciplina no contexto de rotinas de atividades naturais.

É importante salientar que para que ocorra uma prestação de serviços de qualidade para crianças pequenas com deficiências e suas famílias a preparação de pessoal qualificado para prestá-los é fundamental. (ROSE; SMITH, 1993; WINTON; MCCOLLUM, 1997; YATES; HAINS, 1997).

Nesse sentido, as áreas especializadas de preparação de profissionais do atendimento em estimulação precoce devem incluir o desenvolvimento e a execução de planos e estratégias de intervenção, competência comprovada para desenvolver e conduzir procedimentos de avaliação, competência para iniciar e conduzir equipes de planejamento interdisciplinares, coordenação de serviços de apoio para as famílias e avaliação dos recursos e necessidades da família (DEC, NAEYC, ATE, 1995).

Já os programas interdisciplinares de formação de professores bem-sucedidos são aqueles que preparam profissionais capazes de selecionar estratégias e práticas que atendam as necessidades de uma criança e de famílias específicas (KILGO et al., 1999; LaMONTAGNE et al., 1998).

A estimulação precoce deve se constituir no conjunto de serviços, apoios e recursos necessários para responder tanto às necessidades específicas de cada criança quanto às necessidades de suas famílias, no que condiz à promoção do seu desenvolvimento. Deve incluir atividades, oportunidades e procedimentos destinados a promover o desenvolvimento e aprendizagem da criança, assim como o conjunto de oportunidades para que as famílias possam promover esse mesmo desenvolvimento e aprendizagem (DUNST; BRUDER, 2002). Nessa perspectiva, o principal objetivo da estimulação precoce, de acordo com Dunst, Trivette e Mott (1994), é tornar as famílias menos dependentes da ajuda dos profissionais.

Dunst (1985) e Trivette e Deal (1988, 1994) desempenharam um papel fundamental na adoção dos princípios de trabalho em estimulação precoce centrados na família, tais como:

1º) *Considerá-la como unidade de prestação de serviços*: o grupo familiar visto como uma unidade de intervenção, sendo necessário reconhecer e dar respostas às necessidades de cada familiar e promover o bem-estar de cada um dos membros, o que afeta a todos;

2º) *Reconhecer os pontos fortes da criança e da família*: identificar os recursos, as preocupações e as prioridades da família e encarar as crianças e as próprias famílias como capazes e competentes, orientando-os de forma otimista sem abordar os déficits do bebê;

3º) *Responder às prioridades identificadas pela família que estão em constante mudança*: identificar aquilo que é mais importante à família, a fim de assegurar que as intervenções que serão realizadas irão ajudá-la a alcançar as prioridades que são contínuas e estão em constante mudança. Isso requer o estabelecimento de uma relação de confiança e comunicação incessante entre pais e profissionais;

4º) *Individualizar a prestação de serviços*: compete aos profissionais da estimulação precoce conhecerem a diversificação de serviços e recursos existentes nas suas comunidades e auxiliarem as famílias a acrescentarem a opção mais adequada disponível para aquela família de modo que venha ao encontro das prioridades do grupo familiar;

5º) *Apoiar os valores e o modo de vida de cada família*: o processo de adaptação do grupo familiar ao nascimento de um bebê envolve grandes mudanças na forma de condução do cotidiano dos familiares, que deve atingir um equilíbrio com o mínimo de conforto e bem-estar aos envolvidos. A direção tomada por essas mudanças reflete valores, crenças e prioridades da família que devem ser apoiadas.

Quando ocorre uma deficiência comprovada numa criança, Guralnick (2001) infere que são criados estressores associados a essa criança e que podem chegar a romper os níveis existentes de padrões de interação familiares. Desse modo, o desenvolvimento da criança será comprometido. O autor identifica quatro categorias de estressores potenciais, cada uma delas ligadas a padrões familiares de interação: necessidades familiares de

informação (por exemplo: implicações de um diagnóstico, como entender o desenvolvimento diferenciado de suas crianças); angústia interpessoal e familiar (por exemplo: reavaliação das prioridades da família, estigma compartilhado); necessidades de recursos (por exemplo: serviços de um cuidador); e ameaças à confiança (por exemplo: habilidade para desempenhar efetivamente o papel de pais). Por conseguinte, os programas de estimulação precoce capazes de lidar com esses estressores conseguirão os melhores níveis possíveis de padrões familiares de interação e, portanto, de desenvolvimento da criança. Na verdade, os programas de estimulação precoce eficientes parecem ser aqueles que, ao mesmo tempo em que trabalham em parceria com as famílias, são capazes de organizar uma série de provisões de recursos, tais como: coordenação de serviços, assistência financeira, apoios sociais, grupos de pais, aconselhamento, informações e serviços adaptados a um único padrão de estressores familiares, programas voltados à residência, orientações antecipatórias.

De acordo com Simeonsson e Bailey (1990), o envolvimento da família na estimulação precoce deve ser visto como uma resposta às necessidades da própria família de uma maneira abrangente. O que se pretende na realidade é que os pais se tornem elementos competentes, capazes de poder intervir efetivamente na educação e desenvolvimento do seu filho, recebendo apoio e recursos da comunidade. Isso porque o desempenho eficaz dos papéis de maternidade e paternidade na família depende das exigências desses papéis, do estresse sentido pelos pais e dos apoios provenientes de outras estruturas (BRONFENBRENNER, 1979; DUNST, 1988).

Leal (1999) apregoa que um modelo de trabalho centrado na família muda o foco de atenção, passando da criança com problemas para a unidade familiar. Essa mudança representa uma forma de reconhecer a importância decisiva do meio em que a criança está inserida sem a intenção de ignorar as necessidades da mesma. Esse modelo de intervenção possui quatro componentes que representam as linhas de ação do trabalho em estimulação precoce (LEAL, 1999):

- Identificar as necessidades da família: ajudar a família a identificar suas necessidades. O mais importante aqui não é a opinião que o profissional tem da família, mas sim a própria visão familiar;

- Identificar os pontos fortes e recursos das famílias: o destaque é para aquilo que a família já faz bem de acordo com suas possibilidades. Reconhecer os pontos fortes da família ajuda o profissional a aprender a valorizar mais o grupo familiar;

- Identificar as fontes de apoio: conhecer, nos contextos da família, os possíveis apoios formais e informais utilizados por ela para responder às suas necessidades;

- Capacitar e habilitar as famílias: criar oportunidades para que os membros da família possam enfrentar de forma efetiva os problemas e necessidades, mobilizando os apoios necessários.

Nesse modelo de trabalho, o objetivo que se quer alcançar com as famílias é capacitá-las para que possam ascender em relação à sua qualidade de vida. Summers et al. (2007) inferem que um dos fatores que a família reconhece como de maior satisfação é a relação com os profissionais. Autores como Bailey et al (1998); Blue-Banning et al. (2004); e Turnbull et al. (2006) sustentam que a relação que os profissionais deveriam manter com as famílias para melhorar a satisfação delas deveria se caracterizar pela cooperação, colaboração, igualdade de poder, compartilhamento das responsabilidades, entre outros. Já Summers et al. (2007) assinalam que a equipe de profissionais poderá estabelecer uma relação com as famílias que melhore consideravelmente a satisfação delas quando apresenta um conjunto de fatores que atuam tanto num plano interpessoal quanto de caráter mais estruturado, constituídos pelos aspectos relacionados com o sistema de serviços, organização administrativa e planejamento dos recursos. Entre os fatores interpessoais, Blue-Banning et al. (2004) destacam algumas características que podem beneficiar a formação de um clima de interação e colaboração entre pais e profissionais, tais como: comunicação efetiva, competência profissional, respeito, comprometimento, igualdade, defesa dos direitos das crianças com transtornos e seus familiares e confiança.

Para os profissionais, a adoção de um modelo centrado na família representa uma mudança de paradigma pouco fácil de alcançar, pois implica numa mudança de mentalidade na qual é necessário deixar de considerar que o problema é a criança e passar a considerar que a família é o núcleo da

intervenção e que para ocorrer um efetivo desenvolvimento infantil o trabalho deve ser apoiado nas atitudes de confiança e colaboração entre os envolvidos (GINÉ, GRÀCIA, VILASECA, BARCELLS, 2009).

É necessário que se estabeleça uma série de compromissos entre as diferentes instâncias sociais para que ocorra uma coordenação entre todos os serviços envolvidos no monitoramento do desenvolvimento infantil. Além disso, é necessário também o seguimento de um marco teórico e conceitual que sirva de guia para os serviços de atendimento à infância (GURALNICK, 2008).

Arnaldos Payá (2000) menciona que os programas de estimulação precoce devem ser estruturados numa intervenção global, ecológica gratuita e interdisciplinar, atingindo o maior grau de planejamento, no sentido de incluir critérios de qualidade nos serviços prestados à população infantil.

Mendieta García e García Sanches (1998) inferem que o modelo integral de atendimento nos programas de estimulação precoce necessita atingir o maior nível possível de integração socioeducativa da criança, promovendo assim sua plena integração na família, na escola e em todos os outros meios sociais possíveis.

Os princípios gerais da filosofia do trabalho integral no atendimento da estimulação precoce são: atender às necessidades da criança e sua família; a intervenção baseada nas comunidades locais; os apoios e serviços devem ser variados e o trabalho dos profissionais passa do foco multidisciplinar para o interdisciplinar ou transdisciplinar (MENDIETA GARCÍA; GARCÍA SANCHES, 1998).

Epps e Jackson (2000) descrevem algumas linhas gerais do atendimento da estimulação precoce no modelo integral: os serviços devem ser centrados na família, a competência e a capacidade de recuperação da criança e da família devem ser focalizadas, o sistema social (redes de apoio) deve ser considerado, o programa deve ser orientado empiricamente e a intervenção deve ocorrer em nível das interações e relações familiares.

Colnago (2000) elaborou e aplicou um programa de intervenção com pais de bebês com Síndrome de Down, com o objetivo de mostrar-lhes a importância da sua participação ativa no processo de desenvolvimento da criança, bem como oferecer-lhes suporte informativo e emocional. Os resultados evidenciaram que os pais necessitam reorganizar-se após o

nascimento do bebê; que sozinhos eles não conseguem transformar os sentimentos de tristeza e frustração em relação ao filho; que as famílias apresentam, principalmente no primeiro ano de vida da criança, um alto grau de estresse e que à medida que elas iam aprendendo sobre o desenvolvimento da criança e as formas de cuidá-la, a percepção do desenvolvimento do bebê aumentava e o estresse familiar diminuía. A autora ainda aborda em sua pesquisa o resultado da avaliação que os pais fizeram sobre o programa que foi o seguinte: eficaz à medida que trabalhou as necessidades apresentadas por eles; forneceu-lhes subsídios para agir e tomar decisões quanto à socialização; as discussões possibilitaram a eles trocas de experiências e também foi relatado que sentiram a necessidade de terem suporte de um profissional especializado logo após o nascimento do bebê (COLNAGO, 2000).

Constata-se pelos referenciais apresentados aqui que as práticas em estimulação precoce permeiam aspectos voltados ao envolvimento familiar, proposta de trabalho em equipe interdisciplinar e serviços de apoio à criança e à família como elementos essenciais a uma prestação de serviço de qualidade. Salienta-se que, com essas práticas, o atendimento em estimulação precoce possibilita condições mais favoráveis à promoção do desenvolvimento infantil.

2.4 PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ESTIMULAÇÃO PRECOCE

O texto a seguir aborda um aspecto ainda pouco discutido no atendimento da estimulação precoce na realidade brasileira: a avaliação. Embora esta pesquisa não tenha objetivos relacionados à avaliação das crianças, foi utilizado um instrumento de avaliação (Escala Bayley III do Desenvolvimento Infantil) na tentativa de visualizar as concepções de profissionais e pais de um tipo de intervenção focada no modelo centrado na família. Portanto considerou-se importante destacar alguns aspectos teóricos sobre avaliação no contexto da estimulação precoce.

De acordo com os apontamentos em Brasil (1995), a perspectiva de trabalho em estimulação precoce na qual haja uma concorrência de ações estimuladoras e também uma interligação entre as áreas da educação, saúde e assistência sociofamiliar apresenta maior probabilidade de sucesso. Nesse sentido, o documento aponta a avaliação e a intervenção como elementos básicos para um efetivo desenvolvimento dos programas. Afirma-se que ambos os processos devem ocorrer de forma inter-relacionada, envolvendo ações recíprocas e complementares em que, através da obtenção dos dados iniciais da avaliação, formulam-se e aplicam-se estratégias de intervenção cujos resultados são submetidos à avaliação. O referido documento também destaca que a espera do resultado da avaliação e a demora para o início da intervenção podem prejudicar a criança e desmotivar os familiares. Apesar de indicar uma modalidade de trabalho multifocal e reconhecer a importância dos processos de avaliação e intervenção nos programas de estimulação precoce, as diretrizes educacionais (BRASIL, 1995) não deixam claro como avaliar a criança, nem mesmo como intervir.

Como consequência da influência dos modelos Ecológico e Transacional na elaboração dos programas de estimulação precoce, ocorreu uma ênfase maior na intervenção do contexto natural da criança e na participação da família nos referidos programas. No que diz respeito à avaliação, a atenção tem se voltado para a relação existente entre o bebê e seu meio e também aos distintos aspectos do contexto familiar (KRAUSS; JACOBS, 1990). Os autores afirmam que para que a intervenção seja global, tanto do ponto de vista teórico quanto prático, o trabalho exige uma minuciosa análise da situação do meio mais próximo da criança, ou seja, sua família.

McWilliam (2003) afirma que quando a perspectiva de trabalho em estimulação precoce está focada na família, o objetivo da avaliação passa a ser de obter informações que abordem as preocupações e prioridades deste grupo, ao invés de se obter informações que os profissionais julguem necessárias. Do mesmo modo, a autora reconhece que as estratégias utilizadas para alcançar os objetivos devem levar em consideração as rotinas, os valores e tudo aquilo que aparece como fundamental para os membros da família. Dessa forma, o conteúdo das intervenções depende do grupo familiar, pois é ele que tomará as decisões e determinará até que ponto o plano de intervenção é adequado.

Alguns princípios de avaliação em estimulação precoce como foco interdisciplinar podem ser observados, entre eles: a avaliação deve basear-se no modelo do desenvolvimento integrado; é um processo de colaboração; implica muitas fontes de informações e componentes; deve seguir uma sequência determinada; a base do trabalho deve ser a relação e a interação do bebê com seu cuidador principal; para a interpretação das diferenças evolutivas entre as crianças é necessário um conhecimento prévio das sequências do desenvolvimento típico; deve centrar-se no nível e padrão de organização das experiências e capacidades funcionais que a criança tem, integrando assim habilidades emocionais e cognitivas; deve identificar as competências e pontos fortes atuais do bebê, assim como as competências que constituirão a progressão evolutiva num modelo de desenvolvimento de crescimento contínuo; deve contemplar o primeiro passo de um potencial processo de intervenção e a re-avaliação evolutiva da criança deve ser feita num contexto de dia a dia familiar, nas atividades da intervenção, ou em ambos (GREENSPAN; MEISELS, 1996).

Guralnick (2001) apregoa que quando uma preocupação ou risco em relação a uma criança tenha sido identificado, as famílias precisam se avaliar ou serem avaliadas para a constituição dos pontos de acesso aos programas. As tarefas básicas nesse momento são três. A primeira é reunir todas as informações disponíveis e criar um registro para a criança e a família. A segunda é dividir as crianças e as famílias em grupos de risco biológico ou ambiental e crianças com prováveis atrasos ou disfunções. Onde ambos se aplicam ou existe a incerteza, a rota do atraso/disfunção deve ser seguida. A terceira tarefa é ajudar a organizar uma avaliação interdisciplinar abrangente tanto para a criança quanto para a família, a fim de mensurar um possível atraso ou disfunção ou encaminhar a família imediatamente a um programa de intervenção preventiva para crianças em situação de risco devido a fatores biológicos ou ambientais. Ainda, em muitos casos, as circunstâncias podem indicar às famílias a necessidade de uma rápida mudança para iniciar um programa de intervenção precoce ou preventivo.

Barnard e Kelly (1990) inferem que o processo de avaliação não deve centrar-se nos cocientes e inventários do desenvolvimento, mas sim nos aspectos de interação entre a criança e seu meio familiar, nas condutas

funcionais e nas habilidades de resolução de problemas que sirvam à adaptação da criança às situações reais do dia a dia.

Gil (2005) pontua que a ênfase não deve ser dada àquilo que a criança faz, mas sim, em como faz, ou seja, trata-se da observação e do registro do seu comportamento em variados aspectos, tais como: nível de conexão e interesse pelo meio físico e social; tipo de relação ou interação que estabelece; nível de motivação; atenção aos estímulos e às atividades; nível da atividade motora; capacidade de resposta; manipulação e exploração dos materiais; condutas evitativas; reações emocionais; estilos de condutas, entre outros.

Crais (2003) sugere linhas de orientação para tornar a avaliação um processo agradável para as famílias. Para a autora o aspecto fundamental na avaliação da criança é a planificação e a condução do processo através da partilha de informações entre família e profissionais. Quando estes são verdadeiros parceiros no processo de avaliação estão trabalhando em conjunto para alcançarem os objetivos e os resultados que serão compartilhados por todos. Com isso, desenvolvem relações de segurança e respeito e procuram fortalecer os sentimentos de confiança da criança e da própria família.

Guralnick (2001) enfatiza que o sistema de avaliação dos programas de estimulação precoce deveria convergir para a avaliação dos componentes estressores familiares, com o objetivo de adquirir informações que ajudarão a assegurar melhores padrões familiares de interação. Para as crianças com disfunções comprovadas, os possíveis estressores relacionados às quatro categorias descritas anteriormente devem ser avaliados: (1) necessidades de informação; (2) angústia interpessoal e familiar; (3) necessidades de recursos e (4) ameaças à confiança. Segundo o autor, esse é um dos mais críticos, e talvez o mais complexo entre os componentes do modelo de sistemas desenvolvimentais, à medida que as informações vão sendo reunidas por meio de uma combinação de entrevistas e discussões, bem como de questionários ou tabelas completadas de forma independente pela família. O processo de entrevistas é essencial para a construção de parcerias com as famílias e deveria fazer parte delas. As necessidades são melhores identificadas por meio de uma combinação de questões abertas e altamente específicas. Por exemplo, explorar quais são as percepções da família sobre o desenvolvimento de sua criança é um primeiro passo valioso e deve ser seguido por questões

sobre o tipo de serviços que seriam apropriados. Um protocolo útil que pode ser construído é um estudo sobre as necessidades das famílias, o qual poderia formar a base para uma discussão inicial de áreas de tópicos mais amplos. Entretanto, a avaliação de estressores deve ir além da identificação mais geral de tópicos e avançar o foco em áreas mais específicas de força e preocupação. As informações fornecidas por estudos e questionários que os pais podem ter preenchido anteriormente indicando domínios como estresse relacionado a pais e crianças, adaptabilidade e coesão da família, ou apoio social, podem indicar pontos significativos para serem focalizados.

Num estudo realizado com famílias de crianças com deficiência auditiva são relatadas pelos pais algumas ideias que podem melhorar suas interações com os profissionais, tais como: demonstrar características de aconselhamento positivo; incluir toda família em serviços contínuos; disponibilizar aconselhamento individual ou em grupo se necessário; fornecer mais informações (materiais impressos, expectativas realistas) e oportunizar o conhecimento e a interação com outros pais de crianças com necessidades educacionais especiais (MARTIN; GEORGE; O'NEAL; DALY, 1987).

Por sua vez, Olson (1988) investigou um grupo de profissionais com o foco nos sentimentos deles em relação às interações com as famílias durante o resultado da avaliação. Os profissionais realçaram não terem gostado de transmitir informações penosas; dar resposta à dor e raiva dos pais e serem vistos pelos familiares como impenetráveis.

Um dos problemas que os profissionais da estimulação precoce encontram é a formação limitada que receberam para trabalhar com as famílias, enquanto que o esperado é que trabalhem com elas mais de perto (BAILEY; SIMEONSSON; YODER; HUNTINGTON, 1990; CRAIS; LEONARD, 1990).

O principal objetivo da avaliação infantil nos programas de estimulação precoce é oferecer aos pais a informação desejada sobre o filho. Com isso é indispensável que pais e profissionais tenham uma ideia clara sobre as capacidades da criança. Dessa forma os diferentes modelos de avaliação devem permitir o aparecimento de informações mais precisas possíveis sobre o bebê. O uso de testes padronizados que abrangem várias áreas do desenvolvimento infantil, embora resultem nas dificuldades da criança, são

importantes para a determinação dos requisitos de elegibilidade. Convém salientar que o conteúdo da avaliação não pode parar por aí e sim a partir daí ser conduzido para uma perspectiva mais ativa do desenvolvimento (Mc WILLIAM, 2003).

A avaliação do desenvolvimento infantil na estimulação precoce consiste na verificação entre as competências e as limitações da criança, com duplo objetivo: detectar possíveis alterações ou defasagens e proporcionar aos pais planos de intervenções adequados (MORAGAS, 2009). A autora faz uma compilação das técnicas que considera mais representativas para a função de avaliar e entre elas destaca as escalas ordinais para avaliação do desenvolvimento infantil. Descreve a técnica das escalas enfatizando que nelas os itens estão agrupados por idades, em ordem crescente, desde as primeiras aquisições até as mais avançadas, obtendo assim um resultado quantitativo. O objetivo da aplicação das escalas é determinar o nível de funcionamento alcançado pela criança nos diferentes domínios avaliados, podendo ser elaborado a partir daí um diagnóstico funcional das áreas mais e menos favorecidas. Essas informações são importantíssimas para o desenvolvimento do programa de intervenção (MORAGAS, 2009).

O *Libro Blanco de la Atención Temprana* (GAT, 2005) estabelece que os profissionais devem dispor de vários instrumentos de avaliação para cada criança. Entre eles o documento cita a observação da conduta espontânea e de reação da criança diante de determinadas situações e estímulos apresentados; a relação com os próprios pais e com o profissional que realiza a avaliação; a relação com as outras crianças e com o professor quando esta criança é escolarizada; o exame físico, neurológico e funcional da criança; a avaliação padronizada; a observação da casa da criança; os exames complementares e consultas especializadas. A aplicação dessas técnicas levará à obtenção da informação relativa ao funcionamento geral e específico da criança, em nível físico, mental ou emocional. Isso será refletido tanto nas possíveis limitações da criança quanto no conjunto de capacidades e possibilidades (GAT, 2005).

Em seu artigo, Moragas (2009) reúne uma descrição das características de modelos e técnicas utilizadas para avaliar o desenvolvimento infantil nos programas de estimulação precoce. Inclui a Escala Bayley do Desenvolvimento Infantil – Terceira Edição, destacando que esta versão sofreu alterações

consideráveis em sua estrutura e que a diversificação das distintas áreas e subáreas de avaliação torna-se um fator altamente positivo para a análise dos resultados. A autora afirma que muitas investigações abordam a validade das Escalas Bayley e que estas são consideradas como um dos melhores testes padronizados para a avaliação do desenvolvimento infantil.

Uma grande obra que organiza informações em protocolos, sugerindo um modelo de treinamento domiciliar, avaliação integral e acompanhamento do desenvolvimento infantil é o Inventário Portage (2001), trabalho já citado anteriormente, que contribui efetivamente para a criação e organização de programas de intervenção com crianças com necessidades educacionais especiais e seus familiares.

Constata-se, portanto, que a avaliação no contexto da estimulação precoce também evoluiu de acordo com os modelos de atendimento e que a perspectiva interdisciplinar com a participação da família deve integrar um conjunto de serviços de apoio à criança e seus familiares. Conclui-se que é de fundamental importância o trabalho em parceria entre profissionais e família, o que possibilita uma efetiva investigação e análise mais profunda sobre cada criança, suas competências e dificuldades, e com isso um planejamento da intervenção ou um futuro encaminhamento pedagógico mais preciso.

3 MÉTODO

A presente pesquisa objetivou levantar as concepções dos profissionais sobre a sua participação no atendimento de estimulação precoce, após uma breve intervenção em equipe interdisciplinar com a participação familiar e também levantar as concepções dos pais sobre sua participação no atendimento de estimulação precoce, após serem submetidos a uma breve intervenção em equipe interdisciplinar com a participação familiar.

O presente capítulo é destinado à apresentação dos aspectos metodológicos da pesquisa no que diz respeito ao seu campo de estudo, aos

participantes, aos instrumentos, aos procedimentos de coleta e análise dos dados e aos aspectos éticos.

Trata-se de um estudo preponderantemente qualitativo, envolvendo, deste modo, dados descritivos do contato da pesquisadora com a situação investigada, buscando destacar o processo da investigação e com a preocupação de retratar as perspectivas dos sujeitos pesquisados (LÜDCKE; ANDRÉ, 1986). De acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2006), a pesquisa qualitativa se move dinamicamente entre os acontecimentos e a interpretação, em ambos os sentidos, numa tentativa de dar significado ao fenômeno social. Esses autores salientam ainda que os estudos qualitativos não aspiram generalizar de maneira intrínseca os resultados para populações mais amplas, nem necessariamente obter amostras probabilísticas representativas, nem mesmo a replicação de seus estudos.

Pela sua natureza, esta investigação pode ser considerada um estudo exploratório, por se tratar de uma temática ainda pouco estudada e com evidências restritas na literatura nacional. De acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2006), os estudos exploratórios são utilizados para familiarizar-se com temas relativamente desconhecidos e que, em geral, não constituem um fim em si mesmos, mas podem determinar tendências e identificar contextos e situações de pesquisa, além de se tornarem fontes para estudos posteriores. Os mesmos autores ainda evidenciam que tais estudos são mais amplos e dispersos caracterizando-se por uma metodologia mais flexível, quando comparados aos estudos descritivos, correlacionais e explicativos.

3.1 CONTEXTO

A pesquisa foi realizada em um programa de estimulação precoce de uma Escola Municipal de Educação Especial, localizada na cidade de Curitiba, no Estado do Paraná.

Esta instituição foi selecionada como contexto da pesquisa em virtude de duas características próprias: a manutenção do atendimento do programa de estimulação precoce regular e estruturado e o início recente da sua trajetória escolar, pois foi inaugurada em 2006, já contemplando esse programa.

Naquela escola municipal de educação especial são atendidos mais de quatrocentos alunos, com deficiência intelectual, na faixa etária de zero a 30 anos, distribuídos em cinco modalidades especializadas: educação infantil, atendimento educacional, aprendizagem profissional, atendimento de transtornos globais do desenvolvimento e atendimento terapêutico-educacional.

Segundo o Projeto Pedagógico da instituição (2006), o programa de educação infantil é ofertado em duas etapas: estimulação essencial (nome utilizado pela escola substituindo estimulação precoce) e Pré-Escolar. O documento define a estimulação essencial como um programa educacional especializado e preventivo para crianças entre zero e três anos de idade com problemas evolutivos. É realizado por meio de atividades educacionais e terapêuticas e desenvolvido por profissionais qualificados com a presença das famílias. Tal trabalho prevê a detecção precoce de acontecimentos que possam originar transtornos no desenvolvimento infantil e o encaminhamento para uma intervenção adequada, possibilitando a minimização ou a extinção dos efeitos (PROJETO PEDAGÓGICO, 2006).

O programa de estimulação precoce em questão conta com uma equipe multidisciplinar integrada pelos seguintes profissionais: médico neuropediatra, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, pedagoga especializada, terapeuta ocupacional e assistente social. O atendimento está sistematizado da seguinte maneira: duas ou três vezes por semana, em períodos alternados, funcionando nos períodos matutino e vespertino com sessões de trinta minutos, para cada profissional, totalizando em geral duas horas de atendimento. As crianças inicialmente são avaliadas e encaminhadas para os atendimentos específicos de acordo com a necessidade de cada uma. Em geral os bebês são trazidos pelas mães que recebem orientações sobre os exercícios e as atividades que devem realizar com a criança em casa. Para este tipo de atendimento são destinadas quatro salas (uma para pedagoga e fisioterapeuta, que atendem no mesmo espaço físico, uma para fonoaudióloga, uma para terapeuta ocupacional e uma para a psicóloga), todas de tamanho médio, contendo armários, mesa infantil, cadeiras infantis, colchonetes, espelhos, brinquedos, escrivaninha e cadeiras para adultos, materiais específicos das diferentes áreas, entre outros materiais. Todas as salas são iluminadas e arejadas. Os

pais geralmente esperam pelos filhos, sentados em cadeiras, em um corredor próximo às salas de atendimento.

No período de coleta de dados havia dez crianças entre zero e três anos de idade matriculadas no programa de estimulação precoce. Os diagnósticos clínicos dessas crianças variavam entre síndrome de Down, síndrome de Turner, hidrocefalia e deficiência intelectual. A primeira ida à escola foi para a pesquisadora identificar-se e entregar o documento de apresentação, filiação e solicitação à participação na pesquisa. Posteriormente, algumas visitas objetivaram a observação do funcionamento da instituição e do programa de estimulação precoce, observação dos profissionais, pais e bebês e propiciou elementos para a seleção dos participantes.

3.2 PARTICIPANTES

A amostra selecionada para o presente estudo envolveu os seguintes participantes: profissionais, pais e seus bebês.

3.2.1 Profissionais

Participaram da pesquisa sete profissionais, todas do sexo feminino: uma fonoaudióloga, uma psicóloga, duas fisioterapeutas, uma pedagoga e duas terapeutas ocupacionais. Eram as profissionais que prestavam atendimento na estimulação precoce às crianças participantes. Receberam a designação, nesta pesquisa, de P (Profissional), a saber: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7.

Pela caracterização do grupo (QUADRO I), as idades das profissionais estavam compreendidas entre 25 e 56 anos. Todas possuem curso de especialização em temáticas relacionadas com sua área de graduação. Nenhuma tem mestrado ou doutorado. Percebe-se que nenhuma das profissionais possui formação específica em estimulação precoce. Cabe destacar que a profissional que realizou especialização em educação especial

revelou que no curso não estudou nenhuma temática relacionada com a estimulação.

O tempo de atuação profissional nesta área é relativamente pequeno para a maioria delas: duas entre seis e sete meses; três entre dois anos e meio e quatro anos; duas entre seis e dez anos.

Profissionais (P) Formação Inicial	Idade	Cursos de Pós-Graduação (Especialização)	Formação em Estimulação Precoce	Tempo de atuação na Educação Especial	Tempo de atuação na Estimulação Precoce
P1 Pedagogia	43 anos	Educação Especial	Não possui, somente alguns cursos sobre desenvolvimento infantil	10 anos	02 anos e meio
P2 Psicologia	29 anos	Pós-Graduação em Ludo-terapia e Psicanálise; Concepção Sistêmica; Neuropsicologia e em Psicologia Clínica	Não possui	01 ano e 06 meses	06 anos no trabalho de psicanálise bebês
P3 Fonoaudiologia	49 anos	Pós Graduação na área de Audiocomunicação	Não possui	02 anos	04 anos
P4 Fisioterapia	43 anos	Pós-Graduação em Fisioterapia Neurofuncional e em Acupuntura	Método Bobath (estimulação neuro-evolutiva)	13 anos	10 anos
P5 Fisioterapia	25 anos	Pós-Graduação em Fisioterapia Neurofuncional	Não possui	04 anos	06 meses
P6 Terapia Ocupacional	56 anos	Pós-Graduação na área de Saúde Mental e Abordagem Interdisciplinar	Não possui	04 anos	03 anos
P7 Terapia Ocupacional	29 anos	Pós-Graduação na área da Reabilitação de Membros Superiores	Não possui	Não tem tempo	07 meses

QUADRO I - DISTRIBUIÇÃO DAS PROFISSIONAIS SEGUNDO A IDADE, CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO, FORMAÇÃO EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE, TEMPO DE ATUAÇÃO NA EDUCAÇÃO ESPECIAL E TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESTIMULAÇÃO PRECOCE.

Chama a atenção o fato de os professores especializados e pedagogos da escola estarem subordinados à Secretaria Municipal de Educação, possuindo carga horária semanal de 30 horas, enquanto os profissionais da

saúde estão vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, com carga horária semanal de 40 horas. Os profissionais da educação têm salários melhores e férias diferenciadas. Os profissionais da saúde devem realizar no mínimo dez atendimentos ao dia e após cada atendimento preencher um relatório que é direcionado à Secretária da Saúde. Caso não haja crianças suficientes para o atendimento na estimulação em um determinado dia, estes profissionais devem preencher a sua “cota”, atendendo alunos nos outros ambientes educativos da escola.

3.2.2 Pais

Participaram da pesquisa quatro mães e um pai. Os pais foram selecionados por estarem iniciando o atendimento e por serem assíduos no programa, além de terem aceito participar do estudo. Receberam a designação, nesta pesquisa, de C (Cuidador), a saber: C1, C2, C3, C4 e C5.

Foram levantadas algumas características das mães e do pai que participaram da pesquisa no que tange à idade, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar e número de filhos (QUADRO II).

As idades dos pais estavam compreendidas entre 26 e 42 anos e todos eram casados.

De acordo com Casarin (1999), para a construção de um ambiente familiar mais preparado para receber uma criança com deficiência é necessário uma reorganização familiar que fica mais fácil quando há apoio mútuo entre o casal. Nesse caso, o ambiente familiar pode contribuir para o desenvolvimento e crescimento da criança.

Em sua pesquisa, Hansel (2004) conclui que pais e mães que permanecem juntos em casos de deficiência de um filho costumam dialogar sobre o desenvolvimento da criança. Tal fato parece ajudar na interação do casal e também na interação deles com a criança e é uma forma de amenizar as angústias vivenciadas.

As profissões exercidas pelos mesmos são: do lar, bancária, professora e operários. A mãe e o pai que são operários encontram-se afastados do trabalho por motivo de doença e desta forma eles possuem tempo disponível

para trazerem os filhos para o programa de estimulação e outros atendimentos, enquanto os cônjuges trabalham. Uma das mães não trabalha fora de casa justamente para poder se dedicar mais à sua criança. Esta mãe inclusive tem outra criança na escola, com paralisia cerebral. Assim dedica-se integralmente aos cuidados com os filhos. A mãe bancária e a mãe professora possuem horários de trabalho de 30 horas, podendo assim dedicar-se mais ao atendimento dos filhos. A mãe professora é favorecida pela lei estadual paranaense 15.000/06 (PARANÁ, 2006), que garante a redução da jornada de trabalho para as servidoras públicas estaduais mães ou responsáveis por pessoas com necessidades especiais. A referida Lei, em seu artigo primeiro, prega que “fica assegurada à servidora pública que seja mãe [...] a dispensa de parte do trabalho, respeitada a execução de metade da carga horária semanal, sem prejuízo de remuneração”.

É importante salientar que além da frequência aos atendimentos em estimulação precoce, os bebês especiais são mais sujeitos a problemas de saúde e internações hospitalares, o que os tornam usuários habituais de outros serviços das unidades básicas de saúde municipal. Desta forma, Pimentel (2005) sugere que haja legislações que regulamentem e promovam a conciliação entre o trabalho dos pais e os atendimentos da criança com necessidade especial, com horários flexíveis, que possibilitem o acompanhamento médico e educacional da criança.

Pais (C)	Idade	Estado Civil	Escolaridade Completa	Profissão	Renda Familiar (R\$)	Número de Filhos
C-1	32	Casada	Fundamental	Do lar	1.000,00	2
C-2	42	Casada	Superior	Bancária	4.000,00	1
C-3	42	Casada	Médio	Operária	3.000,00	2
C-4	30	Casado	Fundamental	Operário	1.200,00	1
C-5	26	Casada	Superior	Professora	2.000,00	1

QUADRO II - DISTRIBUIÇÃO DOS PAIS SEGUNDO A IDADE, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDADE, PROFISSÃO E NÚMERO DE FILHOS

Desses cinco pais, em quatro casos os cuidados com a criança estão sob a responsabilidade materna. Duas dessas mães conciliam o trabalho com

as exigências da rotina dos atendimentos das crianças e as outras duas se dedicam às tarefas domésticas e ao acompanhamento dos filhos à escola, sendo que uma delas tem outro filho com necessidades educacionais especiais. Tal situação demonstrada nesta pesquisa corrobora com o que Nunes, Silva e Aiello (2008) apontam referente às famílias com crianças com necessidades educacionais especiais: a de que o papel do pai é essencialmente o de sustento, enquanto que as tarefas domésticas e a reorganização da família após o nascimento do bebê direciona os cuidados da criança à mãe.

O pai pesquisado, por sua vez, fica com a sua criança em tempo integral enquanto a mãe trabalha fora de casa.

A renda familiar está distribuída entre R\$1.000,00 a R\$4.000,00. Pode-se inferir que a maioria das famílias dos bebês pesquisados possuem um nível socioeconômico baixo, o que muito provavelmente deve acarretar dificuldades financeiras no atendimento das necessidades familiares, incluindo as do bebê especial, o que gera a necessidade da criação de uma rede de apoio a esses pais, incluindo criação de convênios, encaminhamentos com maior rapidez a serviços públicos de saúde e educação, participação em programas sociais alternativos ligados à cultura, lazer e entretenimento, entre outros.

3.2.3 Bebês

Dos dez bebês que estavam inseridos no atendimento de estimulação precoce por ocasião da coleta de dados, foram selecionados cinco para participarem do estudo. O critério da seleção decorreu dessas crianças estarem no início do atendimento em estimulação precoce na escola e seus pais terem frequência regular no atendimento, além de terem aceito participar da investigação.

Desta forma, como se pode verificar no QUADRO III, participaram do estudo cinco bebês, três do sexo feminino e dois do sexo masculino. Três deles apresentavam Síndrome de Down, com diagnóstico indicando trissomia do 21.

Uma criança tinha Síndrome de Turner e outra apresentava transtornos do desenvolvimento devido à hidrocefalia (havia feito cirurgia com implante de válvula recentemente). Uma só criança tinha como cuidador principal o pai, que estava afastado do trabalho, enquanto a mãe trabalhava em tempo integral, como empregada doméstica. No momento da primeira aplicação das Escalas Bayley III as crianças apresentavam idades compreendidas entre um ano e dois anos e meio.

Com o intuito de preservar a confidencialidade das informações, os bebês receberam a designação de B (Bebê), a saber: B1, B2, B3, B4, B5.

Bebês (B)	Idade	Sexo	Deficiência	Cuidador Principal
B-1	2 anos, 4 meses e 3 dias	Masculino	Síndrome de Down	Mãe
B-2	2 anos, 1 mês e 6 dias	Feminino	Síndrome de Down	Mãe
B-3	2 anos, 1 mês e 26 dias	Feminino	Síndrome de Down	Pai
B-4	1 ano, 5 meses e 24 dias	Feminino	Síndrome de Turner	Mãe
B-5	1 ano, 1 mês e 18 dias	Masculino	Hidrocefalia	Mãe

QUADRO III - DISTRIBUIÇÃO DOS BEBÊS SEGUNDO A IDADE, SEXO, DEFICIÊNCIA E CUIDADOR PRINCIPAL

3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados como instrumentos de coletas de dados: dois questionários de perguntas abertas (aos profissionais); uma entrevista semiestruturada (aos pais); escalas de avaliação do desenvolvimento infantil (aos bebês); observação assistemática (do contexto e participantes).

3.3.1 Questionários (Profissionais)

O questionário de perguntas abertas é particularmente útil quando não se tem informações sobre as possíveis respostas das pessoas ou quando essa informação é insuficiente, permitindo aprofundar opiniões ou motivos de um dado comportamento (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006). Foi utilizado esse tipo de questionário na presente pesquisa pelo fato das profissionais não disporem de tempo suficiente durante o trabalho para serem entrevistadas.

Foram fornecidos às profissionais dois questionários, em forma impressa e por e-mail (ANEXOS IV E V), para serem respondidos fora do ambiente de trabalho. O primeiro foi aplicado no início da pesquisa com a finalidade de verificar as concepções e modos de atuação das respondentes. O segundo, fornecido a elas no final da investigação, teve a intenção de levantar as concepções das mesmas sobre a sua participação em equipe interdisciplinar com a participação familiar e também conhecer os graus de satisfação das profissionais em relação aos procedimentos de avaliação e intervenção adotados.

3.3.2 Entrevista (Pais)

A entrevista semiestruturada foi utilizada com os pais dos bebês e foi elaborada por meio de um roteiro com perguntas pré-formuladas (LAKATOS; MARCONI, 2003), permitindo manter uma estratégia flexível que dá condição ao entrevistado de deliberar em relação ao seu pensamento e à formulação de suas respostas. De acordo com Ludke e André (1986), a entrevista realizada com qualquer tipo de informante e sobre qualquer tema tem a vantagem de captar a informação de forma imediata, pois, ao mesmo tempo que permite tratar de tipos distintos de assuntos permite também correções e adaptações que produzem efeitos positivos na obtenção das informações desejadas.

A entrevista (ANEXO VIII) foi ministrada no final da investigação com o intuito de verificar as concepções dos pais sobre sua participação na avaliação do desenvolvimento dos filhos (aplicação das Escalas Bayley III) e também nas

reuniões de orientações e assessoramento nas quais foi discutido o caso de cada bebê e, de acordo com o perfil de desenvolvimento de cada criança, fornecido um protocolo de estimulação com atividades e brincadeiras específicas para serem realizadas em casa.

3.3.3 Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil III - Bayley Scales of Infant and Toddler Development III (2006)

As Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil III (Escalas Bayley III), publicadas em 2006, a partir de uma edição revisada das Escalas Bayley II (1993), constituem-se em instrumento adequado para a avaliação de crianças de um a quarenta e dois meses de idade, que apresentam atrasos evolutivos, e são amplamente reconhecidas e utilizadas em estudos sobre o desenvolvimento infantil. Fornece resultados confiáveis e válidos e sua utilidade como instrumento de pesquisa tem recebido grande suporte da comunidade científica. Permite a obtenção de uma quantidade substancial de informações tanto nos aspectos qualitativos quanto nos quantitativos. Avalia cinco domínios do desenvolvimento: cognitivo, motor, linguístico, socioemocional e comportamento adaptativo. Fornece informações importantes sobre o desenvolvimento na orientação do trabalho de intervenção e estimulação precoce. É de fácil aplicação, com duração média de 30 minutos, envolvendo atividades e brinquedos que facilitam a interação bebê-examinador, permitindo criar um ambiente de avaliação agradável, utilizando-se um tom de voz coloquial e amigável, fomentando o interesse nas tarefas e reforçando os esforços da criança.

Os pais devem participar das avaliações, porque sua presença tem um importante papel, ele pega a criança em seu colo, dá suporte e segurança e ainda auxilia em algumas provas (BAYLEY, 1996). A principal finalidade da participação do membro familiar é para que o mesmo possa testemunhar as capacidades e habilidades dos filhos. Dessa forma, a aplicação das Escalas Bayley III seguiu uma abordagem “educacional”, em interações lúdicas entre os pais e seus bebês. Cada avaliação foi realizada em uma sessão de aproximadamente 45 minutos.

É importante destacar que as instruções de aplicação e apuração foram traduzidas para o português pela equipe do Labebê (Laboratório de Estimulação e Atenção Precoce de Bebês), da Universidade Federal do Paraná. Este instrumento ainda não está validado no Brasil.

3.3.4 Observação Assistemática

A observação assistemática permite que o observador assuma um papel ativo no processo investigativo. Ela caracteriza-se por ser espontânea e informal, simples e sem a utilização de técnicas pré-estabelecidas, não necessitando de planejamento e controle (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Richardson et al. (2007) mencionam que a observação assistemática, geralmente utilizada nos estudos exploratórios, é mais livre que a observação sistemática não necessitando de fichas ou folhas de registro.

As experiências de observação assistemática dos comportamentos emitidos pelas profissionais e pelos pais ocorreram a partir das reuniões realizadas e pelas situações cotidianas evidenciadas no contexto do estudo.

3.3.5 Elaboração de Protocolos de Intervenção

De acordo com os resultados das Escalas Bayley III, elaboraram-se dois roteiros de intervenção precoce (aqui denominados de protocolos de intervenção), que foram entregues aos pais (cada um em momentos diferentes), com a finalidade de que eles estimulassem os filhos em casa. Esses roteiros de intervenção foram organizados de acordo com a literatura sobre desenvolvimento infantil e estimulação e atenção precoce (BAYLEY, 1993; BUGIÉ; LORENTE, 2003; CARAVACA, 2006; GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA, 2000; LINARES; PÉREZ-LÓPEZ, 2004; MILLÁ; MULAS, 2005; PÉREZ-LÓPEZ, 2004; PÉREZ-LÓPEZ et al., 2006; ATEMP, 2002). Foram utilizadas as orientações empregadas em estimulação precoce, valorizando a idade, as necessidades e o desenvolvimento da criança. A intervenção contempla atividades lúdicas com objetivos de desenvolver áreas específicas,

envolvendo sucatas e materiais simples do cotidiano familiar da criança, não gerando nenhuma despesa. O roteiro foi viabilizado por meio de um livreto. As informações nele contidas foram lidas e discutidas com os pais em cada um dos encontros.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O presente estudo se desenvolveu em etapas investigativas centrais, que não ocorreram de modo sequencial, mas sim de forma simultânea, envolvendo as profissionais, os pais e os bebês.

3.4.1 Coleta de Dados Efetuada com as Profissionais

Primeira Reunião: A primeira reunião formal da pesquisa foi realizada na presença da direção da escola e da equipe de profissionais da estimulação precoce, quando foi apresentada a proposta da pesquisa e comunicou-se a sua aprovação pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da UFPR. Procedeu-se à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos profissionais. Os mesmos declararam que se sentiam impedidos de neste momento assinar o TCLE, pois o mesmo deveria ser aprovado também pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde (o que aconteceu mais tarde). No entanto, afirmaram que estavam dispostas a participar da pesquisa e ficou estabelecido que as reuniões seriam nas sextas-feiras, pela manhã, pois neste dia da semana não tinham atendimento com as crianças. Ficou determinado também que o contato com os pais seria no horário de atendimento dos filhos. Foi entregue o Questionário I (ANEXO IV) para as profissionais responderem.

Segunda Reunião: Foi cancelada, pois os profissionais alegaram o surgimento de tarefa extra no trabalho.

Terceira Reunião: A orientadora da pesquisadora realizou uma palestra relacionada aos modelos de atendimento em estimulação precoce, salientando

a proposta de trabalho em equipe interdisciplinar com foco na família, com a finalidade de melhor esclarecimento às profissionais. Essa explanação foi feita em um pequeno auditório da própria escola. A assistente social justificou-se que em função de seu acúmulo de trabalho na instituição não teria tempo de participar da pesquisa. Foi comentado inclusive sobre a médica neurologista que ela só vinha à escola uma vez por semana e que por isso não poderia participar também. Nesta reunião, as profissionais entregaram os questionários respondidos.

Quarta Reunião: desmarcada com a justificativa de tarefa extra no trabalho.

Quinta Reunião: Apresentação às profissionais das Escalas Bayley III. Foi deixada uma cópia das folhas de registro das Escalas para o grupo visualizar e poder compreender melhor a escala. Anunciou-se que na semana vindoura as escalas seriam aplicadas nas crianças selecionadas, com a participação dos pais. As profissionais foram convidadas para assistirem a aplicação, em forma de rodízio (em cada aplicação a presença de um ou dois profissionais). Além disso, houve a solicitação das assinaturas dos Termos de Consentimentos Livres e Esclarecidos dos profissionais, uma vez que o Comitê de Ética da Secretaria de Saúde Municipal havia aprovado o projeto.

Sexta Reunião: desmarcada com a justificativa de tarefa extra no trabalho.

Sétima Reunião: Reunião com a equipe de profissionais para devolutiva dos resultados da primeira aplicação das Escalas Bayley III. Foram discutidos os resultados das cinco crianças avaliadas. Nessa reunião também foram apresentados os protocolos preliminares de intervenção, elaborados pela pesquisadora e pela equipe do Labebê (Laboratório de Estimulação e Atenção Precoce) da UFPR. Solicitaram-se sugestões por parte das profissionais para inserção de atividades próprias da atuação de cada uma.

Oitava Reunião: Reunião com a equipe de profissionais para devolutiva dos resultados da segunda aplicação das Escalas Bayley III. Foram discutidos os resultados dos cinco bebês avaliados. Nessa reunião também foram apresentados os protocolos preliminares de intervenção, elaborados pela pesquisadora e pela equipe do Labebê (Laboratório de Estimulação e Atenção Precoce) da UFPR. Solicitaram-se sugestões por parte das profissionais para

inserção de atividades próprias da atuação de cada uma. Ocorreram discussões, troca de ideias e sugestões.

Nona Reunião: Entrega do Questionário II (ANEXO V) para ser respondido pelas profissionais (em forma impressa e também enviada para seus e-mails), podendo ser devolvido na forma impressa ou enviado pela via on-line, de acordo com a preferência das entrevistadas.

3.4.2 Coleta de Dados Efetuada com os Pais e com os Bebês

Primeiro Encontro: Reunião com os pais; apresentação da proposta de pesquisa; leitura e assinatura do TCLE.

Segundo Encontro: Primeira aplicação das Escalas Bayley III, com a presença do genitor. A avaliação foi realizada individualmente com cada criança, em sala adequada e disponibilizada pelo neuropediatra, em horário pré-agendado com os pais, na própria escola especial. A criança estava alimentada, com roupa confortável, adequada à temperatura, descansada e com fraldas limpas. Nas crianças com até 18 meses de idade, as avaliações foram feitas com elas sentadas no colo de seus pais; nas crianças acima desta idade foi utilizada uma mesa infantil e a criança, o cuidador e a pesquisadora sentaram-se ao redor, como recomenda o Manual Bayley III (BAYLEY, 1996). A participação do cuidador é importante, segundo o Manual Bayley III, pois é ele quem pega a criança no colo, dá suporte e ainda auxilia em algumas provas. Todas as avaliações foram filmadas, com a finalidade de análises posteriores e acompanhamento do desenvolvimento de cada criança. As duas avaliações do desenvolvimento infantil foram filmadas com câmera fixada em tripé.

Terceiro Encontro: Reunião com os pais para devolutiva dos resultados da aplicação das Escalas Bayley III, enfatizando o desenvolvimento da criança. Foi entregue aos pais um protocolo de intervenção, em forma de livreto, efetuando-se explicações sobre o mesmo. Realizaram-se esclarecimentos de dúvidas em geral manifestadas pelos pais e troca de informações.

Quarto Encontro: Após dois meses decorridos da primeira aplicação, foi realizada a segunda aplicação das Escalas Bayley III nas crianças com a presença dos genitores. Os procedimentos da aplicação ocorreram da mesma maneira que na primeira aplicação, descritos no segundo encontro.

Quinto Encontro: Reunião com os pais para devolutiva dos resultados da segunda aplicação das Escalas Bayley III, com os mesmos procedimentos descritos no terceiro encontro.

Sexto Encontro: Foram realizadas as entrevistas com cada genitor. As entrevistas foram marcadas com antecedência pela própria pesquisadora e tiveram duração média de 40 minutos, sendo gravadas em fita-cassete. Foram realizadas no ambiente da escola, em sala privativa, arejada, com temperatura agradável e silenciosa, conforme preconiza Alchieri e Cruz (2003). Após a realização das entrevistas, foi entregue a cada pai uma cópia editada em DVD de todo o processo filmado relacionado à aplicação das Escalas Bayley III em seus filhos.

3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

3.5.1 Questionários e Entrevista

Os dados dos questionários e das entrevistas foram analisados por meio de uma abordagem qualitativa, envolvendo assim dados descritivos obtidos do contato da pesquisadora com a situação estudada, buscando-se enfatizar o processo e com a intenção de retratar as perspectivas dos participantes. Para tanto, optou-se pela Análise de Conteúdo, baseada em Bardin (1977), julgando-a ser a mais adequada a esta investigação. Tal técnica refere-se à análise das comunicações por meio de um processo contínuo que visa obter, por procedimentos sistemáticos e descrições dos conteúdos das mensagens, a perspectiva e os significados dos participantes da investigação. Portanto, a preocupação está em evidenciar a compreensão das informações e não a quantificação. Para isso, foram seguidos os seguintes passos:

❖ Após serem transcritos, o conteúdo da entrevista e dos questionários foram lidos em sua íntegra, sem qualquer tentativa de seleção de informações;

❖ A seguir, codificaram-se os dados brutos das respostas de cada item, tanto dos questionários quanto das entrevistas, agregando-os a determinadas unidades de registro e a proximidade conceitual como regra de enumeração;

❖ Reagruparam-se os temas obtidos na codificação, que resultaram no levantamento de vários aspectos representativos da totalidade das comunicações;

❖ Finalmente, procedeu-se à descrição das características relevantes do conteúdo investigado, permitindo gerar inferências sobre todo o processo de comunicação e levando à análise dos dados, envolvendo o cruzamento das informações obtidas.

3.5.2 Escalas Bayley III

Os dados foram analisados por meio da idade equivalente em meses que cada criança obteve nas Escalas Bayley III, nos dois momentos de aplicação. Como as Escalas Bayley III não foram adaptadas para a população brasileira, os resultados das avaliações das crianças foram comparados entre si, nos dois momentos de aplicação. Na análise dos dados resultantes da aplicação das escalas, foram enfatizados os aspectos de interação entre a criança e o seu meio ambiente e o exame das condutas funcionais e as habilidades necessárias para a sua adaptação às situações diárias. Serviram para avaliar o desenvolvimento dos bebês e também acompanhar os efeitos da estimulação e intervenção nesse desenvolvimento. Basicamente os resultados da aplicação das escalas forneceram ao trabalho tipos de pontuações normativas de referência ao desenvolvimento das crianças e possíveis atrasos evolutivos nas áreas de: linguagem, motora, socioemocional, cognitiva e conduta adaptativa. Nesse contexto, a mensuração dos dados foi feita por meio da pontuação de escala, pontuação global, percentuais e pontuação de

crescimento. Com essas informações, a possibilidade de descrever pontos fortes e menos fortes do bebê aumenta e os profissionais poderão fazer uso desses resultados para planejarem suas intervenções. Salienta-se que nesta investigação foi dada ênfase ao seguimento do desenvolvimento das crianças como processo e não como resultado final.

Quanto à participação do cuidador principal na aplicação da escala, sabe-se que tal situação lhe permite vivenciar e reconhecer as habilidades e capacidades da criança, pois aquele membro familiar que participa e se envolve com o processo passa também a compreender melhor o seu bebê. Dessa forma é facilitado o aparecimento de um suporte nesta mãe ou no cuidador principal que poderá desenvolver também as suas próprias capacidades de maneira a permitir um apoio efetivo ao seu filho.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Respeitando a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/1996), esta pesquisa foi submetida em 2011 ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde (CEP - SD) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), que está inscrito no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (SISNEP).

Obedecendo aos quatro referenciais da ética de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, o trabalho empírico desta investigação foi realizado de acordo com os princípios éticos tomando-se os seguintes cuidados: explicação aos participantes da relevância científica e social da pesquisa; apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido, garantindo todos os cuidados éticos aos participantes; garantia de sigilo quanto à identidade dos participantes; liberdade para optar em participar ou não do estudo.

Por exigência da instituição pesquisada, o projeto de pesquisa também foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de

Educação em Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde, da Prefeitura Municipal de Curitiba/Paraná.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentam-se os resultados, que serão discutidos em partes.

Na primeira parte, inicialmente serão apresentados os resultados advindos do contato com a equipe profissional (sua percepção e modo de atuação anterior à pesquisa realizada; seu comportamento nas reuniões com a pesquisadora e sua concepção sobre a sua participação na pesquisa). Na segunda parte serão apresentados o envolvimento dos pais (suas concepções sobre o atendimento da estimulação precoce e sobre a participação na pesquisa). Finalmente, na terceira parte será evidenciado o resultado da aplicação das Escalas com as crianças.

A observação assistemática, entrevistas e questionários não permitem dizer uma ou a verdade sobre as coisas e os fatos, mas trazem informações fundamentais acerca do vivido e possibilita uma interpretação (mesmo que provisória e parcial) dos motivos que, ao mesmo tempo que impedem a adoção de um modelo de referência na estimulação precoce baseado na equipe interdisciplinar e no envolvimento familiar, salientam a sua importância e necessidade na promoção do desenvolvimento infantil.

4.1 A EQUIPE PROFISSIONAL: DESCOMPASSOS E DESAFIOS DA PROFISSIONALIDADE

4.1.1 Concepções, posicionamentos e modo de atuação dos profissionais

Quando indagadas sobre a razão da escolha em trabalhar no atendimento da estimulação precoce, cinco das profissionais revelaram que não foi uma escolha, mas foi determinação da direção da escola para suprir a demanda da instituição. Duas profissionais afirmaram ter elegido o atendimento por gostarem muito de crianças pequenas e uma delas exprimiu que:

[...] tive a oportunidade de conhecer o programa na escola e mesmo insegura assumi o trabalho pois achava que poderia desenvolver um trabalho com mais qualidade em relação ao que estava sendo oferecido, observava as mães ausentes dos atendimentos.

De fato, observou-se que algumas profissionais pensam em permanecer na instituição temporariamente. Durante a pesquisa, a psicóloga havia conseguido uma transferência para outro setor da saúde e logo seria substituída por novo profissional. Por outro lado, chama a atenção o fato de que cinco profissionais possuem mais de dois anos e meio de atuação na estimulação precoce e apesar do tempo razoável de atuação, nenhuma delas possui um curso de formação relacionado com a área.

Em relação ao que consideram os objetivos do trabalho da estimulação precoce, as respondentes ressaltaram objetivos técnicos, voltados às suas áreas de formação:

[...] acolher a família e resgatar na mãe seu instinto maternal, sua vontade de curtir e investir na educação desta criança. (P1).

[...] estimular o desenvolvimento motor, cognitivo e sensorial. (P6)

[...] facilitar o desenvolvimento neuro-psico-motor .(P7).

É interessante verificar que as profissionais consideram como objetivos da estimulação precoce o provimento de estímulos variados ao bebê, de acordo com a formação de cada profissional. Isso revela que as profissionais se debruçam em um modelo de intervenção focalizado eminentemente na criança, provavelmente reforçado pelas próprias Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce (BRASIL, 1995) que apregoam que o objetivo da estimulação deve ser “prevenir, detectar, minimizar, recuperar ou compensar as deficiências e seus efeitos”.

Por outro lado, quando indagadas sobre o que consideram fundamental para o bom atendimento em estimulação precoce, todas as profissionais ressaltam a participação da família no atendimento, o cumprimento pela família das orientações dadas, o vínculo entre o profissional e a criança.

Entretanto, observações no contexto pesquisado levam a inferir que a equipe atua de forma multidisciplinar, pois a condução do trabalho leva a ações direcionadas especificamente às diferentes áreas de formação, representando

obstáculos para uma prática interdisciplinar. Sobre isso Franco (2007) externa, nessa situação, como cada profissional é quem faz sua seleção de prioridades para seu atendimento e que a tomada de decisão quanto à orientação de cada caso não reflete as reais necessidades da família e da criança.

Outro fato interessante observado foram as trocas de funções entre as profissionais que ocorrem no interior da instituição, o que descaracteriza a formação de uma verdadeira equipe, pois não há permanência de um grupo fixo, coeso, alinhado em propostas e alternativas de atendimento e que efetivamente conheça e esteja integrado com as crianças e suas famílias. McGonigel, Woodruff e Roszmann-Millican (1994) apontam que o modelo de trabalho interdisciplinar com a participação da família exige um esforço constante dos profissionais, pois há uma necessidade de superação das dificuldades relacionadas à comunicação, o que no caso pesquisado não ocorre, justamente porque o grupo está suscetível a trocas de membros.

No que concerne às concepções das mães sobre o atendimento dos filhos na realidade brasileira, a maioria delas admitem receber orientações sobre algumas atividades para serem realizadas em casa, mas atestam que têm dificuldades para executá-las, pois declaram sentir insegurança e medo de acabar machucando os filhos (BOLSANELLO; SOUZA, 2004; BOLSANELLO; PÉREZ-LÓPEZ, 2007).

Cada profissional elabora e desenvolve o seu próprio plano de trabalho. Trocam informações sobre a evolução de algumas crianças de forma assistemática. O plano é elaborado a partir do conhecimento do estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra. Assim o fisioterapeuta elabora o plano envolvendo atividades motoras, o fonoaudiólogo elabora atividades envolvendo a linguagem e assim por diante. Os profissionais da área de saúde costumam “juntar” seus planos individuais, fazendo um plano geral, o qual deve ser encaminhado à auditoria da Secretaria Municipal de Saúde para avaliação, retornando para validação. Segundo uma profissional: “[...] nos últimos meses tentamos nos reunir na sexta-feira para fazermos juntas um estudo de caso, mas ainda não foi possível em função dos outros compromissos ‘mais importantes’” (P1).

Verifica-se que as reuniões entre as profissionais não são prioridades no atendimento, o que impede a integração entre elas. As reuniões

representam a base para uma atuação interdisciplinar. Sobre isso Guralnick (2001) apregoa a integração profissional como um importante princípio para que se estabeleçam também práticas mais abrangentes.

Quando indagadas se conseguiam seguir o plano elaborado por elas, todas relataram que raramente conseguiam: *“Sinceramente nem sempre consigo seguir à risca o que costumo escrever no plano [...]”* (P1). Também foi verificado que elas *“reavaliam”* (P3); *“renovam”* (P4); *“revisam”* (P5) o planejamento quando se faz necessário. Contudo, nenhuma profissional costumava apresentar o plano de intervenção aos pais das crianças.

Ao serem questionadas sobre o tipo de trabalho desenvolvido novamente as respostas permearam os aspectos técnicos específicos de cada área:

[...] circuito pulsional mãe-bebê (P2);

[...] desenvolvimento da linguagem e funções estomatogmáticas (P3);

[...] desenvolvimento neuromotor normal (P5);

[...] reeducação motora neurológica (P6).

É possível inferir que essas respostas refletem a fragmentação do trabalho das profissionais, cada uma considerando apenas sua área de atuação. Guralnick (2001) reflete sobre isso e afirma que as inúmeras disciplinas envolvidas no atendimento da estimulação precoce representam diferentes estruturas administrativas. O mesmo autor sugere o estabelecimento de uma série de compromissos entre as instâncias sociais para que ocorra uma coordenação entre todos os serviços envolvidos nos programas de estimulação precoce. Além disso, é necessário também o seguimento de um marco teórico e conceitual que sirva de guia para os serviços de atendimento à infância (GURALNICK, 2008).

O embasamento teórico utilizado pelas profissionais é variado. A pedagoga se baseia em autores da psicologia do desenvolvimento, como Piaget e Vygotsky, já a psicóloga adota os conceitos da psicanálise; as fisioterapeutas tomavam como parâmetro a fisioterapia pediátrica e a linha neuroevolutiva; as terapeutas ocupacionais baseavam-se na terapia ocupacional pediátrica e a fonoaudióloga tinha seu foco no interacionismo dialógico.

O processo de avaliação é feito de forma assistemática:

[...] observando as conquistas obtidas e principalmente através dos relatos da mãe. (P1)

[...] inicialmente uma avaliação breve do desenvolvimento neuro-psico-motor com a equipe (P2)

Quatro das profissionais alegam utilizar, quando necessário, a Escala de Denver e uma delas, a Escala de Gesell.

A literatura já mostra que a eficácia do atendimento em estimulação precoce está diretamente relacionada à perspectiva de trabalho dos profissionais em relação a um referencial comum e a avaliação das crianças.

Barnard e Kelly (1990) inferem que o processo de avaliação não deve centrar-se nos cocientes e inventários do desenvolvimento, mas sim nos aspectos de interação entre a criança e seu meio familiar, nas condutas funcionais e nas habilidades de resolução de problemas que sirvam à adaptação da criança às situações reais do dia a dia.

McWilliam (2003) afirma que quando o trabalho em estimulação precoce está focado na família, o objetivo da avaliação passa a ser de obter informações que abordem as preocupações e prioridades deste grupo, ao invés de se obter informações que os profissionais julguem necessárias.

O *Libro Blanco de la Atención Temprana* (GAT, 2005) estabelece que os profissionais devem dispor de vários instrumentos de avaliação para cada criança, tais como: a observação da conduta espontânea e de reação da criança diante de determinadas situações e estímulos apresentados, a relação com os próprios pais e com o profissional que realiza a avaliação, a relação com as outras crianças e com o professor quando esta criança é escolarizada, exame físico/neurológico e funcional da criança, avaliação padronizada, observação da casa da criança, entre outros. Essas estratégias levarão à obtenção da informação relativa ao funcionamento geral e específico da criança, tanto em nível físico, quanto mental ou emocional.

Indagadas sobre se tinham conhecimento dos procedimentos de avaliação e intervenção que as colegas realizam, seis profissionais responderam que conhecem o trabalho das colegas, pois desenvolvem em equipe um protocolo de atuação interdisciplinar. As profissionais de saúde

afirmam que trabalham em equipe interdisciplinar (com exceção da pedagoga), efetuando estudos de casos com a participação familiar. No entanto, nas conversas no decorrer da pesquisa, houve modificações nesses relatos, bem como no questionário final.

Ao se questionar as profissionais se costumavam conversar ou trocar ideias com seus colegas de trabalho sobre os atendimentos, elas relataram que sim, porém sem a sistematização necessária para contemplar todas as crianças, com a mesma frequência e importância. Como relata (P1): “[...] quero dizer... algumas vezes a gente conversa, outras menos, e algumas nenhuma vez”. Uma outra profissional alegou que as conversas geralmente se davam no corredor, entre um e outro atendimento.

Percebe-se pela resposta certa contradição em relação ao trabalho em equipe, ou seja, ao mesmo tempo que, a respondente afirma que as profissionais conversam e trocam ideias, ela expressa também que essas conversas não são suficientes e, às vezes, nem chegam a acontecer.

Sobre isso, McGonigel, Woodruff e Roszmann-Millican (1994) apregoam a necessidade de se substituir a equipe multidisciplinar pela interdisciplinar na estimulação precoce. Afirmam que em relação ao trabalho da equipe interdisciplinar os profissionais estabelecem entre si uma comunicação efetiva, partilham a informação, discutem os resultados da avaliação e planejam em conjunto a intervenção de cada criança. Os autores ainda enfatizam a necessidade de os profissionais compartilharem os resultados para que assim possam construir um plano de trabalho comum, permitindo uma visão integrada da criança e da família.

Franco (2007) concorda e justifica que num modelo de trabalho interdisciplinar passa a existir uma estrutura formal de interação e de trabalho em equipe com a partilha de informações.

Todas as profissionais afirmam que as mães costumam entrar no atendimento e participar ativamente. No entanto, tal fato não foi observado pela pesquisadora da presente pesquisa, com exceção de uma profissional que convida as mães para entrarem. Essa profissional inclusive relata:

No início do meu trabalho a mãe participava apenas observando, conversando, relatando como ela fazia em casa aquela mesma atividade que eu estava interagindo com a criança. Quando fui

questionada pela pesquisadora desta investigação em relação à interação da mãe com a criança durante os atendimentos, comecei a refletir sobre a importância disso e passei a convidar algumas mães a participar junto comigo e posso garantir que esta nova estratégia foi muito enriquecedora.

Em todos os outros atendimentos, observou-se que pais e mães “entregam” os filhos para as profissionais que adentram em seus gabinetes e os pais esperam em um largo corredor de espera. A participação também não foi relatada nas entrevistas com os pais.

Por outro lado, as profissionais contam que fornecem orientações verbais para os pais realizarem em casa, o que é confirmado pelos pais. Em relação às orientações, uma das profissionais relata que: “[...] as mães são convidadas a participarem do atendimento quando são ensinadas a elas técnicas e posicionamentos” (P6).

Sobre o comportamento das mães frente às informações e orientações verbais fornecidas, as respondentes relatam que as mães se sentem mais “entusiasmadas” (P1); “seguras” (P3) e “tendem a seguir as orientações” (P6).

Em relação ao questionamento sobre em que os pais costumam ajudar na estimulação precoce, a maioria das profissionais alegou que ajudam realizando as orientações recebidas por eles em casa. Também consideram que os pais não costumam atrapalhar os atendimentos e a grande maioria é assídua, só faltando por motivo justificado.

Quando inquiridas sobre quais características destacam nos pais com bebês com deficiências, as profissionais relatam que geralmente costumam chegar ansiosos, inseguros e depressivos, mas aos poucos vão percebendo que lidar com o filho não é algo tão difícil e assim vão assumindo o seu papel ajudando na estimulação do filho.

Esses relatos confirmam aquilo que a literatura já vem assinalando: que a estimulação precoce deve ser um serviço de apoio à família e não especificamente ao bebê.

Sobre isso, Sameroff e Fiese (1990) afirmam que a intervenção programada não pode ser somente sobre a criança e sim sobre seu contexto, sendo, às vezes, mais importante a atuação terapêutica sobre o contexto do que sobre a criança.

Já McWilliam (1993) parte da premissa de que a prestação de serviços em estimulação precoce deve pautar-se na melhora do bem-estar familiar, considerando suas necessidades e seus desejos.

Pesquisadores nacionais também corroboram e partilham do foco de que o atendimento em estimulação precoce deva centrar-se na família. Colnago (2000, 2003), por exemplo, evidencia que são as famílias que estão mais tempo com as crianças, tenham elas necessidades especiais ou não, daí a importância fundamental de sua participação e envolvimento nos atendimentos. Williams e Aiello (2001) assinalam que o foco da estimulação precoce deve ser a família e não a criança e, muito menos, o profissional. Araújo (2004) também ressalta que os profissionais deveriam representar uma fonte de suporte de informações e de apoio social à família.

As profissionais contaram que as dúvidas mais frequentes que os pais costumam ter estão relacionadas ao desenvolvimento futuro do filho, por exemplo, quando vai andar, se vai conseguir se alfabetizar.

A maioria das respondentes revelou também que os pais costumam falar sobre seus sentimentos e que elas costumam escutar e acolher suas angústias e fazem o encaminhamento para a psicóloga. No entanto, observou-se que da amostra de cinco famílias dessa pesquisa, somente uma estava sendo atendida pela psicóloga.

Quando questionadas sobre o desempenho profissional e se estavam preparadas para trabalhar em equipe, todas responderam que consideram suas atuações satisfatórias e que são e estão preparadas para um trabalho integrado e em equipe. Destacaram as características de um trabalho em equipe:

[...] profissionais competentes e envolvidos (P1);

[...] maturidade, interesse e disponibilidade ao trabalho interdisciplinar (P2);

[...] em nossa formação já somos orientadas ao trabalho em equipe e com famílias (P6) e (P7).

4.1.2 As Reuniões com a Equipe Profissional

Para se atingir os objetivos previstos no projeto inicial estava prevista uma intervenção informativa e de assessoramento com os profissionais que atendiam as crianças no programa de estimulação precoce, estabelecendo em conjunto com eles, pautas de estimulação para cada criança que seriam ministradas no decorrer da pesquisa e também orientadas para as famílias.

É importante ressaltar que as reuniões com os profissionais do programa da estimulação precoce foram realizadas sempre nas sextas-feiras, dia este que a equipe destina às reuniões, estudos de casos, cursos ofertados pela prefeitura, relatórios a serem preenchidos, entre outros. Neste dia não há atendimento aos bebês.

O espaço de funcionamento do atendimento da estimulação precoce é conhecido por todos como “ambulatório”. As reuniões foram realizadas na sala que a pedagoga e a fisioterapeuta dividiam, que continha uma escrivaninha com computador, três cadeiras, armários com brinquedos e materiais diversos, uma mesa infantil com quatro cadeirinhas, dois colchonetes grandes e espelhos nas paredes.

Uma dificuldade no início de cada reunião era adequar o espaço para acomodar a pesquisadora e as profissionais. Não há no atendimento de estimulação precoce nenhum local com mesa adequada e cadeiras que pudessem acomodar a equipe para uma reunião, facilitando as discussões, estudos de caso, anotações, manuseio de materiais, embora a escola fosse muito espaçosa. Desta feita, a pesquisadora e profissionais improvisavam-se em uma roda de cadeiras ou cadeirinhas infantis.

Mesmo agendadas previamente, as reuniões também ocorreram de forma apressada, com duração de uma hora no máximo, pois as profissionais tinham que dar conta de outras tarefas. No transcorrer das reuniões ocorriam situações de saídas e entradas de algumas delas, pois eram chamadas para o desempenho de outras funções naquele momento. Algumas reuniões agendadas eram canceladas na semana, pois as profissionais alegavam o surgimento de tarefas extras emergentes.

Nessas reuniões foi discutido o avanço do modelo de atendimento da estimulação precoce nas últimas décadas e o modelo atual que preconiza a

estimulação precoce embasada em equipe interdisciplinar com a participação familiar. De início, as profissionais insistiram em afirmar que o trabalho delas contemplava a equipe interdisciplinar com foco na família.

Efetuiu-se a explanação da finalidade das Escalas Bayley III e discutiu-se o roteiro de intervenção e assessoramento com os pais e profissionais. Pela falta de tempo disponível pelas profissionais, foi deixada uma cópia das folhas de registro das Escalas Bayley III para o grupo visualizar e poder compreender melhor a escala.

Por ocasião da aplicação das Escalas Bayley III com os bebês, convidou-se as profissionais para assistirem a aplicação. Como a aplicação ocorria no momento de atendimento da criança, sugeriu-se que as profissionais poderiam participar em forma de rodízio (em cada aplicação a presença de um ou dois profissionais). Nenhuma das participantes manifestou interesse em observar e participar do trabalho das cinco crianças avaliadas, em nenhuma das duas aplicações.

Foram realizadas duas reuniões com a equipe das profissionais para devolutiva das duas aplicações das Escalas Bayley III com as crianças. Discutiu-se com elas os resultados e foi feita a apresentação dos cinco protocolos preliminares de intervenção e foi feita a solicitação de sugestões por parte das profissionais para inserção de atividades próprias da atuação de cada uma, em cada protocolo. Poucas sugestões foram dadas, pois as participantes sempre concordaram com os protocolos apresentados e solicitaram que fosse deixada uma cópia dos mesmos nos arquivos de cada criança.

A pouca motivação e envolvimento para com a pesquisa intrigou a pesquisadora e sua orientadora que abordaram essa questão com as profissionais em reunião para a devolutiva dos primeiros resultados da aplicação das Escalas Bayley III.

Nesta ocasião, as profissionais declararam que estavam interessadas na pesquisa sim e manifestaram-se quanto a algumas dificuldades que apresentavam no cotidiano do trabalho, que impediam o seu total envolvimento, destacando os seguintes apontamentos:

- Acúmulo de trabalho burocrático com o preenchimento de planilhas e relatórios.

- As exigências para com os profissionais da área da saúde eram bastante grandes, pois o trabalho é cobrado como alcance de metas mensais e é realizado com certa frequência relatório da capacidade funcional de cada um.

- Além das exigências dos protocolos da Secretaria Municipal de Educação e de Saúde há também a preocupação com os protocolos de cada especificidade técnica.

- O atendimento dos profissionais da saúde no interior da escola é sistematizado por meio de um banco de horas e que são destinadas somente duas horas semanais para reunião administrativa.

- A orientação para os profissionais da saúde é para realizar o atendimento ao público (crianças e famílias) nos moldes do Sistema Único de Saúde.

- Os profissionais da saúde têm carga horária semanal de quarenta horas enquanto os da educação trabalham trinta horas; os profissionais da saúde têm salários menores que os da educação e menos dias de férias.

Diante do contexto exposto em relação às reuniões realizadas com a equipe de trabalho em estimulação precoce, são observados três aspectos que interferem diretamente na atuação profissional:

(a) O espaço: com exceção da pedagoga e da fisioterapeuta que dividem a mesma sala de atendimento, a maioria delas tem suas salas com materiais específicos, mobiliário adequado, entre outros. Porém não é observado um local apropriado para reuniões, estudos de casos, planejamento ou quaisquer atividades em conjunto, fator este que contribui para a divisão do trabalho, desfavorecendo a perspectiva interdisciplinar e reforçando a multidisciplinar. Dessa forma, Franco (2007) analisa que o fator decisivo nas tomadas de decisão sobre a intervenção continua a ser a perspectiva de cada profissional. Como cada um é quem faz a sua própria avaliação e seleção de prioridades, a tomada de decisão quanto à orientação do caso não reflete as reais necessidades da criança ou da família.

(b) As afirmativas no início da coleta de dados por parte dos profissionais de que a orientação do trabalho já era em equipe interdisciplinar com foco na família: para os profissionais a adoção de um modelo centrado na família representa uma mudança de paradigma pouco fácil de alcançar, pois implica numa mudança de mentalidade na qual é necessário deixar de

considerar que o problema é a criança e passar a considerar que a família é o núcleo da intervenção e que para ocorrer um efetivo desenvolvimento infantil o trabalho deve ser apoiado nas atitudes de confiança e colaboração entre os envolvidos. (GINÉ; GRÀCIA; VILASECA; BARCELLS, 2009).

(c) As próprias dificuldades elencadas pelos profissionais no cotidiano de seu trabalho: constata-se que os profissionais da saúde não podem dedicar tempo integral ao trabalho da estimulação precoce em função das exigências e solicitações dos órgãos aos quais estão subordinados. Segundo Guralnick (2001), os programas de estimulação precoce eficientes parecem ser aqueles que, ao mesmo tempo em que os profissionais trabalham em parceria com as famílias, são capazes de organizar uma série de provisões de recursos, tais como: coordenação de serviços, apoios sociais, grupos de pais, aconselhamento, informações, entre outros. Com a organização e funcionamento do trabalho dos profissionais vinculados à Secretaria Municipal de Saúde torna-se impossível a dedicação somente às parcerias com as famílias e ao provimento de recursos a elas.

Nas reuniões, sem seus diferentes momentos, sempre ocorreram troca de ideias e discussões, algumas delas evidenciadas abaixo, expressadas pelas profissionais e relacionadas aos aspectos da prática profissional diária:

- Na anamnese é focado geralmente o que a criança não faz e a avaliação deve ser realizada a partir daquilo que a criança faz.
- O profissional da equipe que vai conversar ou dar a devolutiva para as mães deve estar muito bem preparado para isso.
- Os diferentes protocolos de educação e saúde acabam gerando transtornos na prática profissional, pois às vezes um profissional assume uma criança conhecendo somente as indicações dos protocolos, sem que essa criança seja avaliada pelos outros profissionais da equipe.
- Deve ser levado em conta o aspecto social-familiar da criança. A equipe muitas vezes acaba mantendo uma criança no programa por ela apresentar situação de risco social.
- A cobrança em relação aos aspectos administrativos e burocráticos é muito grande e o trabalho com a criança e a família acaba sendo secundarizado.

- Os programas de estimulação precoce não deveriam funcionar dentro de uma escola especial;

- Um dos objetivos do trabalho com os bebês é a inclusão educacional e social e quando uma criança frequenta concomitantemente o atendimento da estimulação/atenção precoce e a creche, seu desenvolvimento é muito maior; entretanto, às vezes existe certa dificuldade de vagas ou uma demora bastante grande no encaminhamento das crianças para as creches municipais;

- As crianças deveriam ser atendidas num centro próprio de estimulação precoce, com diferentes especialidades, com protocolos próprios e que fosse totalmente gratuito e público.

É interessante observar que de acordo com as sugestões dadas pelas profissionais integrantes do atendimento em estimulação precoce em relação a uma prática profissional focalizada na família, elas têm consciência de suas necessidades e das dificuldades que enfrentam no alcance deste trabalho.

Salienta-se que no transcorrer da coleta de dados houve substituição da psicóloga da equipe e de que a fonoaudióloga não pôde participar de nenhuma das reuniões de devolutivas dos resultados da aplicação das Escalas Bayley III, por ter que preencher relatórios urgentes.

É importante apontar também que por ocasião da segunda devolutiva das Escalas Bayley III, as profissionais reconheceram que houve um salto significativo no desenvolvimento dos bebês pesquisados. Ocorreram expressões como: *“não sei o que aconteceu neste mês, mas as crianças deram um salto incrível”*.

4.1.3 Concepções das Profissionais sobre sua Participação na Pesquisa

O roteiro do questionário final foi enviado por e-mail para as profissionais e também foram deixadas cópias do mesmo na escola, caso preferissem responder por escrito. Somente uma das profissionais respondeu ao questionário. As alegações das demais para não responderem foram as seguintes:

- Acúmulo de trabalho burocrático e final do semestre.

- De acordo com o banco de horas, uma das profissionais da equipe já ia entrar em férias;

- Os profissionais da saúde estavam fazendo as avaliações e os relatórios finais de todas as crianças da escola e tinham que sistematizar as devolutivas aos pais;

- Novas crianças estavam em processo de avaliação, pois iriam começar a frequentar o programa de estimulação precoce no início do próximo ano.

A única profissional (pertencente à área da educação e não da saúde-pedagoga) que respondeu ao questionário final alegou que ela ficou motivada para participar da presente pesquisa e conhecer novas alternativas e possibilidades para o aprimoramento do trabalho. Ela evidenciou que percebeu que a equipe ficou consideravelmente mais unida e considerou isto como algo bastante positivo. Considerou que as reuniões e devolutivas realizadas com a equipe e as mães durante a pesquisa foram conduzidas de forma ética e esclarecedora.

Essa profissional entende que há necessidade urgente de se ampliar a comunicação e troca de informações entre saúde e educação, para realmente formarem uma equipe interdisciplinar, necessitando também de tempo hábil para que possam contemplar todas as crianças com a mesma importância.

Julgou ter percebido a importância de se utilizar escalas de desenvolvimento confiáveis para o acompanhamento do desenvolvimento infantil. Também considerou que os protocolos de intervenção fornecidos por escrito aos pais pelas pesquisadoras contribuiu com o seu trabalho da estimulação precoce, pois notou que os pais assumiram um maior comprometimento com o desenvolvimento de seus filhos.

Sobre o que P1 achou acerca da construção em conjunto por todos os profissionais de avaliação, sobre os protocolos de estimulação e intervenção com as crianças e a respeito do que se considerou viável para este trabalho no modelo atual da estimulação precoce, ela concordou plenamente posicionando-se extremamente favorável. No entanto, verificou a impossibilidade de isso vir a acontecer, por conta da falta de disponibilidade dos profissionais da saúde, que nem um dia da semana dispõem para a realização de estudos de casos.

A respondente considerou que a proposta da pesquisa fez diferença no desenvolvimento das crianças, pois observou que todas apresentaram significativos progressos durante o processo.

Contradizendo o dito no questionário inicial, agora P1 se posicionou não se sentindo bem preparada para a atuação profissional.

Entre as dificuldades enfrentadas no desenvolvimento do trabalho na estimulação precoce, a respondente elencou as seguintes:

(a) as famílias, em especial a mãe, deveriam receber acompanhamento psicológico o mais cedo possível, a partir do momento que recebem o diagnóstico de que terão um filho especial, de preferência antes do nascimento, para que fossem se familiarizando com as inúmeras possibilidades de tratamentos, diferindo e elaborando o luto pela perda do filho ideal, para que no dia do nascimento elas de fato estivessem mais preparadas para receber e *curtir* esse bebê.

(b) Chegada tardia da criança no programa, pois raramente recebem bebês recém-nascidos (em geral chegam por volta dos seis meses a dois anos).

(c) Falta de privacidade e espaço físico para atendimento com a família sem a interferência de outros atendimentos que são realizados concomitantemente na mesma sala.

(d) Falta de horário disponível para estudo de caso com todo o grupo.

(e) Profissionais atuando de forma interdisciplinar com encaminhamentos numa mesma linha de trabalho. Como bem afirma P1:

[...] no meu caso considero imprescindível a presença da mãe ou da família, porém esta postura nem sempre é vista com bons olhos por outros profissionais que consideram importante, para determinadas crianças, separar a mãe no momento do atendimento para que possa desenvolver independência e autonomia.

(f) o fato de o programa da estimulação precoce situar-se dentro de uma escola especial induz as famílias, num primeiro momento, a crer que seu filho necessariamente irá estudar nessa escola, o que, na grande maioria dos casos, não é verdadeiro.

Aquela profissional parece estar engajada com a situação da família no atendimento da estimulação precoce. Pelos seus apontamentos nas respostas

ela parece preocupada com os familiares e disposta a adotar uma postura profissional voltada à participação familiar, que possivelmente melhore a prestação de serviços em questão. Sobre a relação entre o profissional e a família, Bailey et al. (1998); Blue-Banning, Summers, Frankland, Nelson e Beegle (2004); e Turnbull, Turnbull, Erwin e Soodak (2006) sustentam que deveria ser mantido com os pais um clima de cooperação, colaboração, igualdade de poder, compartilhamento das responsabilidades, entre outros, para que dessa forma a satisfação em relação ao atendimento pudesse aumentar.

4.2 OS PAIS: ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO

Simultaneamente ao contato com as profissionais, procedeu-se o contato com os pais, que se mostraram muito motivados e engajados no desenrolar da pesquisa. As reuniões com os pais foram individuais, inclusive alguns deles se disponibilizaram a vir fora dos horários dos atendimentos dos filhos. Não mediram esforços para que o cronograma acertado com eles fosse cumprido e assim sendo não faltaram nenhuma vez. A seguir, apresentam-se: as concepções dos pais sobre o atendimento da estimulação precoce; as concepções dos pais sobre a participação na pesquisa; as reuniões com os pais.

4.2.1 Concepções dos Pais sobre o Atendimento da Estimulação Precoce

Quando interrogados sobre quem mandou trazer os filhos para a estimulação precoce todos relataram que foi por indicação médica. Três mães já tinham os diagnósticos na gravidez e tiveram os encaminhamentos antes do bebê nascer.

Sobre o entendimento do que seria a estimulação precoce foi respondido pela maioria que não tinham ideia do que era e nem mesmo como funcionava esse atendimento:

Na verdade eu não tinha ideia do que era estimulação precoce porque era um bebezinho pequenininho o que eu vou fazer com ele? Uma fisioterapia, você não tem ideia do que eles fazem com ele tão pequenininho e todo mundo pergunta isso (M2).

[...] Eu, na minha mente assim, eu achava que ela era uma menina que só ia vegetar... eu achava assim como... porque estimular... eu ficava pensando nisso o tempo todo (M3).

Eu entendi que... no começo é difícil porque a gente não sabe o que é direito.... aí depois que a gente vai entendendo que é só pra estimular. Lá na maternidade eles explicaram para nós essa estimulação... que ela ia ser uma criança normal, mas que tinha que estimular porque ia aprender menos que os outros bebês (P4).

Em relação a esses dados, a literatura nos mostra que o impacto do nascimento de uma criança com deficiência é muito grande para os pais (BUSCAGLIA, 1997; HAYDEN, 1988; DROTAR, 1992; BRAZELTON; CRAMER, 2001). Sugere-se que neste momento, os sentimentos vivenciados devem ser merecedores de escuta e de um trabalho de apoio aos familiares para que as angústias possam ser amenizadas, as informações e orientações possam ser fornecidas tornando, assim, os genitores independentes em relação à condução do processo de desenvolvimento dos filhos. Colnago (2000) aplicou um programa de intervenção com pais de bebês com síndrome de Down, com o objetivo de mostrar-lhes a importância da sua participação ativa no processo de desenvolvimento da criança, bem como oferecer-lhes suporte informativo e emocional. Os resultados evidenciaram que os pais necessitam reorganizar-se, após o nascimento do bebê; que sozinhos eles não conseguem transformar os sentimentos de tristeza e frustração em relação ao filho; que as famílias apresentam, principalmente no primeiro ano de vida da criança, um alto grau de estresse e que à medida que elas iam aprendendo sobre o desenvolvimento da criança e as formas de cuidá-la, a percepção do desenvolvimento do bebê aumentava e o estresse familiar diminuía.

Os pais relataram sobre suas experiências em relação ao que foi feito com as crianças quando trazidas pela primeira vez na estimulação precoce:

Elas fizeram um tipo de avaliação... pra ver como ele estava e acho que pra decidir o que ele ia fazer também. Daí me explicaram que ele ia fazer fisio pra melhorar a coordenação, o equilíbrio, estas coisas... que a pedagoga também ia estimular ele com as brincadeiras e a terapia ocupacional que também ia ser bom pra ele e por causa do estrabismo dele a reabilitação visual (M1);

No começo foi difícil. Quando eu entrei nessa escola que eu vi aquelas crianças... meu Deus... eu pensei: aqui não é o meu lugar. A gente fica muito abalada. Aquelas crianças maiores com muita dificuldade... meu Deus o que eu estou fazendo aqui? Será que a minha filha precisa de tudo isso? Até então não tinha caído a ficha sobre o que era o Down. Aí a.... foi conversando comigo tal, tal, tal. (M3).

Esse depoimento revela que manter o convívio frequente com a realidade de uma escola especial – local onde ocorrem os atendimentos da estimulação precoce, também pode representar aos pais uma espécie de choque, pois as restrições à instituição especializada aparecem na fala e possivelmente expressam o peso dos preceitos históricos sobre a deficiência.

Já para uma das mães (M5), que já sabia do diagnóstico do filho na gestação e teve alguns encaminhamentos e informações naquele período, o momento parece ter sido vivenciado com maior segurança:

Bom, eu vim na secretaria aqui... para uma avaliação... Já como tinha vaga tudo certinho... ela [a filha] se enquadrava; já começaram a arrumar os horários e aí ela já começou a fazer terapia ocupacional, psico e passou pela neuro também, porque tinha que passar primeiro pela neuro e aí já começou a fazer o atendimento, mas foi feito uma avaliação antes. (M5)

Ao serem questionados sobre o que os profissionais disseram que iam fazer com a criança, os entrevistados revelaram que:

Disseram que iam estimular pra que ele não ficasse atrasadinho (M1).

Elas me explicaram bem direitinho sobre a estimulação, os exercícios assim... olha tem que fazer assim... fazer assado, eles falam o que tem que fazer, trabalhar com ela assim, assado, precisa disso, daquilo. Só que na fisioterapia eu nem entro. (M3).

[...] foi mais no sentido que tinha que estimular sabe... que mais pra frente ela ia melhorar mais, quanto mais fizesse estimulação (P4).

Todos os cinco entrevistados responderam que entraram com o filho na sala de atendimentos dos profissionais na primeira vez. Duas mães salientaram o seguinte:

Sim eu entrei. No começo ele chorava... acho que estranhava... mas agora fico aqui fora. A fisio diz que ele é muito agarrado comigo, mas eu é que cuido dele, ele fica direto comigo (M1).

Sempre entrei, aliás eu que tinha a iniciativa... quero ver o que vai acontecer... a gente não sabe o que vão fazer com ele, até pra eu aprender para fazer em casa... ele é um bebezinho. Alguns profissionais têm um pouco de resistência, alguns não gostam, mas eu quis pra ver tudo... ele é um bebê (M2).

Uma mãe disse que gostaria de entrar no atendimento, mas que não se sente à vontade para pedir a um dos profissionais da equipe para ela participar junto com seu filho.

Para que a estimulação precoce se efetive com foco interdisciplinar baseado no modelo centrado na família, um dos primeiros aspectos a serem observados é a participação dos pais no atendimento do filho frequentemente. Sendo assim, a estimulação precoce deve se constituir no conjunto de serviços, apoios e recursos necessários para responder tanto às necessidades específicas de cada criança quanto às necessidades de suas famílias, no que condiz à promoção do seu desenvolvimento. Deve incluir atividades, oportunidades e procedimentos destinados a promover o desenvolvimento e aprendizagem da criança, assim como o conjunto de oportunidades para que as famílias possam promover esse mesmo desenvolvimento e aprendizagem (DUNST; BRUDER, 2002).

Questionados sobre o que o filho sente quando está na estimulação, os cinco pais responderam que acham que eles gostam, manifestando os comportamentos e os interesses das crianças por aquilo que o atendimento pode oferecer:

Mas ele já conhece tudo aquilo e gosta de vir, ele fica bem felizinho. (M1).

[...] quando eu cheguei com ele ali no estacionamento... que ele olhou pra escola ficou todo contente... claro que tem alguns exercícios que quando pega nas perninhas dele ele não gosta. Ele gosta dos profissionais... já tá acostumado, habituado. (M2).

Ela adora!... Segunda mesmo eu fui pegar ela e ela não queria ir embora... Porque em casa ela fica muito sozinha... não tem nenhuma criança (P4).

Em relação à assiduidade dos pais no programa todos relataram que não costumam faltar, somente quando a criança está doente ou quando estão impossibilitados de vir por compromissos pessoais ou por causa de chuva.

Os respondentes conhecem os profissionais que atendem seus filhos e sobre o trabalho que cada um desempenha destacaram o seguinte:

Na verdade acaba sendo uma ligação entre os profissionais... os exercícios, praticamente tudo igual, tirando a fono, a estimulação com a terapia ocupacional e a fisio (M2).

Eu acredito que a estimulação é mais na área pedagógica, a fisio é mais postura, mais o andar, mais o desenvolvimento motor, a fono é a fala, mais a fala, a terapia ocupacional eu fico meio perdida um pouco assim... porque é muito parecido com as atividades que ela fazia na estimulação, então eu não sei bem assim e psico é mais pra ver, como é que eu posso dizer, o perfil dela, o gênio, o comportamento dela, como ela se comporta em determinadas situações (M5).

Pelas respostas, percebe-se que os pais têm conhecimentos sobre as diferentes áreas de atuação dos profissionais e inclusive salientam a fragmentação dos serviços. Os pais pesquisados manifestaram-se conhecedores, questionadores e atentos aos serviços prestados pela equipe de atendimento em estimulação precoce.

Bronfenbrenner (1979) e Dunst (1988), referindo-se aos pais, corroboram com a ideia de torná-los competentes no desempenho de seus papéis, na condução do trabalho educativo dos filhos, entre outros elementos. É lastimável que os profissionais pesquisados não aproveitem as vivências dos pais para torná-los ainda mais conhecedores do desenvolvimento de seus filhos.

Quando inquiridos se costumavam conversar com as profissionais que atendiam seus filhos e como eram essas conversas, os pais responderam que costumavam, pois a maioria das profissionais comentava sobre como estava o desenvolvimento do bebê, o que aconteceu no atendimento, dando orientações rápidas e fazendo perguntas aos pais sobre como a criança estava.

Em relação à pergunta sobre as orientações que as profissionais fornecem, os questionados responderam que recebiam orientações sobre como estimular em casa, mas uma mãe destacou que ela não abria mão de estar junto observando o trabalho para que pudesse entender melhor:

Eu procuro sempre tá junto acompanhando e a gente sempre conversa. Quando acontece alguma coisa quando ele ficou em pé, se segurando, a gente sempre comenta. Eu pergunto também como que

está as perninhas, se já estão mais fortalecidas. Aí elas explicam, falam do exercício, do porquê do exercício. Então a gente tem bastante contato e elas vão orientando, sim (M1).

Quando inquiridos se os profissionais falavam sobre o desenvolvimento dos filhos, uma das mães destacou que:

É preciso isso, porque aqui, como eu já te comentei, é poucas horas, o tempo maior é a gente que fica. [...] No meu caso, se eu entrasse na fisioterapia para ver como ela trabalha, eu acho que ia ajudar muito porque o problema maior dela [a filha] é a coordenação motora (M3).

Sobre as relações que se estabelecem entre profissionais e pais podemos inferir que os genitores conhecem os profissionais e identificam suas áreas de atuação na equipe e também que procuram os profissionais para conversarem sobre possíveis orientações e informações, bem como sobre o desenvolvimento do seu filho. Summers et al. (2007) assinalam que a equipe de profissionais poderá estabelecer uma relação com as famílias que melhore consideravelmente a satisfação dessas quando apresenta-se um conjunto de fatores que atuam tanto num plano interpessoal quanto de caráter mais estruturado, constituído pelos aspectos relacionados com o sistema de serviços, organização administrativa e planejamento dos recursos. Entre os fatores interpessoais, Blue-Banning et al. (2004) destacam algumas características que podem beneficiar a formação de um clima de interação e colaboração entre pais e profissionais, tais como: comunicação efetiva, competência profissional, respeito, comprometimento, igualdade, defesa dos direitos das crianças com transtornos e seus familiares e confiança.

O familiar que cuida da criança em casa era a mãe em quatro casos. Dessas quatro crianças, três vão para a creche no período em que não estão frequentando a estimulação precoce. O pai também é o familiar responsável pelos cuidados com a filha.

Os respondentes evidenciaram seus sentimentos em relação aos cuidados com os filhos da seguinte maneira:

Bem... a gente se sente responsável em trazer... como que eu vou explicar... a gente sente que tem uma responsabilidade com ele... e às vezes a gente pensa... ai, hoje a gente tá cansado, mas tem que levar porque sabe que é pro bem dele... (M2).

... é igual a um passarinho... assim tem que ficar cuidando... é uma casquinha muito sensível... tem que ficar cuidando de tudo pra ela... tudo, tudo, tudo (M3).

... até porque eu acho que se a gente ficar tratando ali nhe... nhe... nhe... você tá... não sei se a palavra é preconceito... você não tá colocando a criança inclusa... se você ficar dizendo não pode isso, não pode aquilo... não... pode sim... vai fazer... você é uma criança normal... tem que deixar ela se sentir uma criança normal (M5).

Quanto às sugestões para a melhoria do atendimento da estimulação precoce, os pais manifestaram que estavam satisfeitos com o atendimento e salientaram a importância de se ter em um só local todos os profissionais para atendê-los. Algumas mães destacaram que apesar dos prognósticos negativos que receberam por ocasião do nascimento dos filhos, foram percebendo o potencial deles e que o atendimento da estimulação precoce contribuiu muito para essa descoberta.

4.2.2 Concepções dos Pais sobre a sua Participação na Pesquisa

Os pais relataram que se sentiram satisfeitos em serem convidados para participar da pesquisa, pois acharam que seria uma coisa boa e podia colaborar no desenvolvimento dos filhos.

Quanto à experiência de participar da avaliação dos filhos, todos os pais declararam que foi muito gratificante. Sentiram que deram segurança para o filho, pois o mesmo pegava os brinquedos e mostrava/dava para eles. O pai relatou: *“foi muito bom, eu só via o que ela não conseguia fazer antes, mas na avaliação eu vi o quanto ela consegue fazer”* (P4).

Uma das mães também relata a experiência:

[...] foi muito bom, eu aprendi até profissionalmente com a escala, eu pude ver o que minha filha fazia, os brinquedos, se ela entendia... eu aprendi também algumas atividades e eu fazia em casa com ela... ela fazia com o pai... aquele de esconder a argola embaixo dos paninhos... nossa ela adorou (M5).

Na primeira aplicação das Escalas Bayley III, alguns pais relataram que achavam que o filho não iria conseguir fazer as atividades solicitadas e ficaram

surpresos ao ver que conseguiam. Uma das mães afirmou: “... *me surpreendi com as coisas que ela fazia, não imaginava que fazia tanto*” (M5).

Jupp (1998) alerta que condiciona-se a ver primeiro a deficiência e depois a capacidade. Muitas vezes, a visão se detém em rótulos médicos antes de realmente conhecer as pessoas em si, e de alguma forma presume-se de antemão que se sabe o que é melhor para elas, sem nunca considerar as suas capacidades.

Todos os pais mostraram-se satisfeitos com as reuniões das devolutivas sobre o desenvolvimento da criança, conforme o relato de uma mãe: “... *é muito bom saber que tem isso de vir conversar sobre a criança, sobre o desenvolvimento dela. Isso deixa a gente muito mais segura*” (M5).

Os pais relataram que acharam fáceis as sugestões de atividades que foram dadas para serem realizadas em casa com a criança, pois conseguiram aproveitar objetos e sucatas da própria casa para estimular os filhos.

Os pais observaram que durante a segunda aplicação das Escalas Bayley III, o desenvolvimento dos filhos avançou muito, como bem demonstra o relato do pai: “*Ela mudou bastante... ela começou a prestar mais atenção nas coisas, ela começou a querer pegar mais as coisas, a olhar*” (P4).

Uma das mães complementa: “*Acho que ela melhorou nos últimos meses e já na segunda aplicação da escala ela estava respondendo bem mais*” (M3).

Todos os pais relataram que perceberam avanços no desenvolvimento do filho no período da realização da pesquisa, como bem apontou um deles: “*Acho que ela começou a brincar mais com as coisas, brincar daquele jeitinho de imitar o que fazem com ela. Ela direcionou mais as coisas que faz, agora mexe, pega, mostra, pede*” (M2).

Shore (2000) aponta a importância da experiência inicial para o desenvolvimento neurológico da criança. A autora evidencia que o cérebro dos bebês recebe várias influências relacionadas aos contatos e ligações que vão se estabelecendo entre eles e seu cuidador “carinhoso” e também às condições de estimulação que são recebidas do meio. Isso impulsiona a produção de ligações nervosas (sinapses), ativando assim as células do cérebro (neurônios) das crianças. Aquelas sinapses que são reforçadas pela experiência repetida tendem a se tornar permanentes; e as que não foram usadas constantemente, nos anos iniciais, tendem a ser eliminadas.

O estudo citado sugere que o cuidado caloroso e responsivo, a função protetora e a ligação afetiva da criança com seu cuidador principal são fontes essenciais para o desenvolvimento infantil. Isso também reforça a ideia de que a participação dos pais no atendimento da estimulação precoce, bem como as orientações sugeridas para casa podem contribuir na qualidade do próprio serviço.

Quando indagados se haviam conversado com alguém a respeito de sua participação na pesquisa, os pais disseram que sim, que comentaram com amigos e familiares que estavam entrando junto na avaliação dos filhos. Entretanto, quatro pais não comentaram sobre a pesquisa com as profissionais que atendiam os seus filhos e nem as profissionais comentaram com eles.

Somente uma mãe afirmou que comentou com os profissionais de sua filha: “... comentei com elas [as profissionais] que atendem minha filha... como ela foi, o que fez, não fez, essas coisas” (M5).

Quando inquiridos sobre como avaliavam o atendimento antes e depois da realização da pesquisa, os pais consideraram que o trabalho da pesquisa ajudou o atendimento a ficar melhor. Uma das mães relatou:

Acho que o trabalho da pesquisa ajudou no atendimento em si, pra gente poder observar melhor o filho, interagir com ele e conhecer melhor ele também. No meu caso foi muito bom porque eu pude fazer tudo isso e ainda pro meu lado profissional de professora foi positivo (M5).

O pai afirmou que observou que naquele momento o desenvolvimento da filha estava bom: “Assim, ficar durinha, em pezinha, ela não ficava, só ficava sentada. Agora ela começou a fazer tudo isso” (P4).

Quando foi perguntado se modificaram o seu comportamento depois da participação na avaliação do filho, todos os pais responderam afirmativamente. O pai respondeu que estimulava mais e conversava bastante com a filha. Uma das mães concluiu:

Agora fico mais atenta, brinco mais com ela. Antes eu chegava da escola cansada e me sentava para descansar, hoje não... eu sei que preciso estimular ela e acabo sempre brincando com ela, direcionando as coisas mais pra ela. Eu faço as coisas da casa, tentando integrar ela e sempre estimular ela. (M5)

Os pais responderam que como pais de uma criança especial sentiam falta de mais apoio da comunidade (como vagas em creches) e também mais profissionais no atendimento. Um dos pais relatou que a filha necessitava de fonoaudiologia, mas naquele momento a profissional não tinha vaga para atendê-la. Uma mãe alegou que tinha outra filha especial, com paralisia cerebral, que utilizava cadeira de rodas, e que lhe dava mais trabalho (adoecia facilmente, necessitava de atendimento médico constante, frequentava a escola) e ser mãe de duas crianças especiais lhe deixava por vezes estressada. A mãe que tem uma filha com síndrome de Turner contou que sentia falta de conhecer outras famílias que tivessem filhos com esta mesma síndrome, para troca de informações e troca de ideias. No atendimento de estimulação, a sua foi a primeira criança com aquela síndrome e as profissionais a desconheciam.

Pelas falas dos respondentes, percebe-se que todos os genitores têm consciência de que o trabalho realizado na estimulação precoce contribui para o desenvolvimento de seus filhos. Porém, os pais mostram-se muito mais engajados quando são partícipes no atendimento, quando conversam e trocam ideias com os profissionais, quando recebem orientações e apoio da equipe, pois assim naturalmente se sentem mais satisfeitos. Crais (2003) considera a partilha de informações entre profissionais e pais muito importante, pois aumenta as relações de segurança e respeito e fortalece os sentimentos de confiança.

4.2.3 As Reuniões com os Pais

As reuniões com os pais ocorreram por ocasião das duas devolutivas dos resultados das Escalas Bayley III, bem como da entrega do protocolo de intervenção (em forma de livreto), com orientações sobre o desenvolvimento de cada bebê e esclarecimentos de dúvidas em geral.

Nessas reuniões foram registrados alguns apontamentos levantados pelos pais, alguns já descritos nas concepções deles sobre a participação na pesquisa.

Uma das mães, que é educadora municipal, disse que aprendeu muito com as atividades da escala, inclusive para sua vida profissional. Questionou se o material poderia ser disponibilizado, pois trabalhava na educação infantil. Relatou também que falta formação aos professores de forma geral, principalmente com relação ao desenvolvimento das crianças pequenas.

As mães e os pais pensaram inicialmente que as crianças não iriam realizar as atividades das escalas e ficaram bastante entusiasmados com o êxito dos filhos.

Três mães disseram que estavam brincando em casa com os filhos, imitando as brincadeiras às quais foram submetidos durante a aplicação das Escalas.

Quatro mães ressaltaram a importância de serem realizadas essas “conversas” (devolutivas) até mais do que receberem o material relativo aos protocolos de estimulação. Perceberam que conversar com os profissionais com hora marcada é indispensável, e não quando as crianças estão junto, quando o tempo é de início ou de final de atendimento ou quando se encontram pelos corredores da instituição.

Todos eles falaram que observaram um efetivo desenvolvimento dos filhos depois que as crianças ingressaram no programa de estimulação precoce. Mas puderam perceber com mais atenção a diferença no comportamento e nas respostas das crianças da primeira para segunda aplicação das escalas.

Reforçaram que a experiência de participar efetivamente da aplicação das escalas junto com os filhos foi muito importante para eles pois permitiu observá-los e acompanhar as atividades para poderem realizar algumas em casa.

E, por fim, todos os pais acreditam que quando estão junto com suas crianças as atividades da estimulação precoce se tornam mais significativas para eles e para os bebês.

Sobre isso Hansel (2004) aponta que a participação familiar no atendimento da estimulação precoce caracteriza-se pela dinamização e significação das vivências que proporciona às pessoas e por isso é fundamental que ela ocorra, abrindo caminho para o surgimento de um

processo marcado pela valorização das interações entre as crianças e suas famílias, na facilitação da evolução humana.

Pelos depoimentos dos pais em relação às reuniões realizadas para as devolutivas, percebe-se que a pesquisa colaborou no sentido de envolvê-los, para questionarem, observarem com mais atenção o atendimento e se perceberem como integrantes ativos do processo de desenvolvimento dos filhos. É consensual na literatura que a estimulação precoce torna-se significativa quando valoriza a família e as interações dela com a criança.

Dunst (1985), Trivette e Deal (1988, 1994), por exemplo, adotam alguns princípios de trabalho em estimulação precoce, com características próprias do foco interdisciplinar baseado no modelo centrado na família, destacando que: o grupo familiar deve ser visto como unidade de intervenção, sendo necessário promover o seu bem-estar, reconhecer e dar respostas às necessidades de cada família; as famílias e as crianças devem ser encaradas como capazes e competentes e orientadas de forma otimista, além de que os recursos, as preocupações e as prioridades do grupo familiar devem ser identificados também; aquilo que for mais importante para a família deve ser respondido, assegurando assim que as intervenções com a criança irão ajudá-las; a prestação de serviços deve ser individualizada, ou seja, os profissionais devem conhecer os serviços existentes na comunidade para informarem e orientarem as famílias de modo a atender as prioridades de cada uma delas e, além disso, os valores, as crenças e modos de vida de cada família devem ser apoiados, pois o processo de adaptação do grupo familiar ao nascimento de um bebê com deficiência envolve grandes mudanças na forma de condução do cotidiano dos familiares, que deve atingir um equilíbrio com o mínimo de conforto e bem-estar aos envolvidos.

4.3. A APLICAÇÃO DAS ESCALAS BAYLEY COM OS BEBÊS: RESULTADOS

B-1 tinha dois anos, quatro meses e três dias por ocasião da primeira aplicação das Escalas Bayley III e dois anos e sete meses na segunda aplicação das Escalas. O resultado da avaliação Bayley III revelou uma expressiva defasagem no seu desenvolvimento, que se manifestou em todas

as áreas: cognitiva, linguagem receptiva e expressiva, motricidade fina e grossa. A progressão do seu desenvolvimento da primeira para a segunda aplicação, com orientação e intervenção familiar, foi visível e significativa.

B-2 tinha dois anos, um mês e seis dias por ocasião da primeira aplicação das Escalas Bayley III e dois anos, quatro meses e seis dias na segunda aplicação. O resultado da avaliação Bayley III evidenciou uma expressiva defasagem no seu desenvolvimento, que se manifestou em todas as áreas: cognitiva, linguagem receptiva e expressiva, motricidade fina e grossa. A progressão do seu desenvolvimento da primeira para a segunda aplicação, com orientação e intervenção familiar, foi visível e significativa.

B-3 tinha dois anos, um mês e vinte e seis dias na ocasião da primeira aplicação das Escalas Bayley III, e dois anos, três meses e vinte e seis dias, na segunda aplicação das Escalas. O resultado da avaliação das Escalas evidenciou uma expressiva defasagem no seu desenvolvimento em todas as áreas: cognitiva, linguagem receptiva e expressiva, motricidade fina e grossa. A progressão de seu desenvolvimento da primeira para a segunda aplicação, com a orientação e intervenção familiar, foi visível e significativa.

B-4 tinha um ano, cinco meses e 24 dias na ocasião da primeira aplicação das Escalas Bayley III e um ano, oito meses e vinte e quatro dias na segunda aplicação. O resultado da avaliação das Escalas revelou uma defasagem somente na área cognitiva. A progressão dessa área da primeira para a segunda aplicação, com a orientação e intervenção familiar, foi visível e significativa.

B-5 tinha um ano, um mês e dezoito dias na ocasião da primeira aplicação das Escalas Bayley III e um ano, quatro meses e vinte e um dias na segunda aplicação. O resultado da avaliação das Escalas revelou defasagens na área cognitiva e na motricidade grossa. A progressão de seu desenvolvimento da primeira para a segunda aplicação, com a orientação e intervenção familiar, foi visível e significativa.

Ressalta-se que a utilização das Escalas Bayley III com a participação familiar teve como principal objetivo proporcionar a melhoria da percepção dos pais em relação ao desenvolvimento do filho bem como sensibilizá-los em relação às habilidades do bebê e às diferentes reações que ele pode

apresentar, conseguindo visualizar seus pontos fortes e fracos (BRAZELTON, 2002).

Por outro lado, sabe-se que os avanços do desenvolvimento infantil podem resultar da própria dinâmica do desenvolvimento (BRITO DE LA NUEZ et al., 2006); podem também terem sido influenciados pela criança já estar familiarizada com as escalas e com a examinadora (BAYLEY, 2006) e também pela criança ter recebido estimulação do ambiente (JUAN-VERA; PÉREZ-LÓPEZ; CASELLAS, 2006; LORDELO et al., 2007). Acredita-se de esse conjunto de fatores pode ter facilitado o desenvolvimento dos bebês, sublinhando o engajamento dos pais na estimulação dos filhos, durante o processo de intervenção, situação esta evidenciada por eles mesmos e salientada pelas profissionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho revelou, por meio da apresentação e discussão dos resultados, a situação de um programa de estimulação precoce em funcionamento em uma escola especial municipal de Curitiba/PR. Apontou questões acerca do contexto de trabalho vivenciado pelos profissionais, apresentou uma alternativa de atendimento em estimulação precoce buscando o foco da equipe interdisciplinar, baseado no modelo centrado na família e levantou também as concepções dos pais sobre sua participação na aplicação das Escalas Bayley III, na observação e acompanhamento do desenvolvimento de seus filhos e também nas reuniões de orientações e assessoramento nas quais foi discutido o caso de cada criança, de acordo com o perfil de desenvolvimento e fornecido um protocolo de estimulação com atividades e brincadeiras específicas para serem realizadas em casa.

Dessa forma, com o objetivo de delimitar as considerações finais deste estudo, resgatam-se os problemas da presente investigação:

“Quais são as concepções dos profissionais sobre a sua participação no atendimento da estimulação precoce, na atuação em equipe interdisciplinar, com a participação familiar?”

“Quais são as concepções dos pais sobre a sua participação no atendimento da estimulação precoce, baseado na equipe interdisciplinar, com participação familiar?”

Com a finalidade de responder a essas perguntas e levando-se em conta os objetivos do estudo, é possível tecer algumas considerações apontadas a seguir:

Em relação aos profissionais, foi observado no presente estudo que sua atuação ainda tem como quadro de referência o já ultrapassado modelo médico, centrado na relação profissional-criança, com ênfase na figura do profissional, e a participação familiar é ainda vista de forma secundária (GURALNICK, 1997; DUNST; JOHANSON; TRIVETTE; HAMBY, 1997, BOLSANELLO, 1998). A intervenção tem um caráter compensatório, isto é, centra-se na deficiência da criança, buscando atenuar os déficits e os profissionais (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, psicóloga e

pedagoga) trabalham de modo multidisciplinar, no qual cada um deles atua de forma independente (CARPENTER, 2007). Evidenciou-se que a organização administrativa pública municipal colabora para a falta de qualidade desse atendimento, que não tem parâmetros para medir sua eficácia. As profissionais trabalham na área sem uma formação específica, sem horários para realizarem estudos de caso, em uma equipe “dividida”. Possuem um alto grau de insatisfação com as condições de seu trabalho e algumas delas visualizam o atendimento como uma “ponte” para logo buscarem outras alternativas profissionais na rede pública.

Sobre os pais, a investigação evidenciou presença e participação ativa nas reuniões com a pesquisadora e as aplicações das Escalas Bayley III com os bebês, o que foi de fundamental importância, pois permitiu a eles relatar, de entrada, um bom número de informações essenciais que permitiram recuperar os recursos pessoais e familiares com os quais a equipe pode contar. A participação dos pais durante a aplicação das Escalas Bayley III lhes deu maior segurança e lhes proporcionou uma melhor compreensão dos pontos fortes e dos pontos menos fortes dos seus filhos. Em suas falas, percebeu-se como foram capazes de se apropriar do conceito de desenvolvimento quando esta oportunidade lhes foi oferecida por meio da participação do processo de avaliação do filho. Além disso, os pais expressaram que a maior contribuição desta pesquisa foi no sentido de aprenderem mais sobre o desenvolvimento de sua criança. Relataram que passaram a estimular muito mais o filho, baseados nos comportamentos que observaram nas sessões de aplicação das Escalas. Foi significativa a afirmação tanto das profissionais quanto dos pais de que naqueles três meses que se seguiram da primeira avaliação, as crianças pesquisadas apresentaram um notório avanço no seu desenvolvimento. Inferiu-se que esse avanço foi resultado do maior engajamento dos pais na estimulação de suas crianças no ambiente familiar, conforme os relatos dos mesmos. O envolvimento dos pais corrobora com Gil (2005) de que a avaliação não é algo que se faz “à” família ou “na” família, mas sim algo que deve se realizar “com” a família.

As Escalas Bayley-III, uma vez que visam identificar as crianças com atrasos evolutivos, ajudam o profissional no planejamento da intervenção e, sobretudo, para o acompanhamento dos efeitos da intervenção sobre o

desenvolvimento das crianças. Fornecem uma quantidade substancial de informação qualitativa e quantitativa com a qual se pode comparar a criança com seus iguais e, no caso da presente pesquisa, comparar a criança consigo própria. Mostraram-se úteis como parte integrante de uma bateria completa de avaliação do desenvolvimento e particularmente apropriadas para a avaliação em equipe, já que as Escalas Cognitiva, de Linguagem e Motora podem ser administradas independentemente umas das outras.

A pesquisa evidenciou que a avaliação da estimulação precoce parece necessitar da adoção de um enfoque qualitativo junto aos aspectos quantitativos das provas. Isso implica em administrar essas provas, levando em conta o apoio às famílias, a atenção e a disponibilidade da criança, a atuação do trabalho da equipe, considerando a partilha de informações, a condução da própria intervenção, a utilização de ambientes fora da escola (como a residência da família) para observações, entre outros. Constata-se que os aspectos quantitativos, obtidos por meio das Escalas Bayley III, podem dar uma direção ao planejamento dos profissionais e as intervenções com as crianças, inclusive a avaliação dos aspectos qualitativos como os ambientes no qual a criança está inserida, a participação dos pais no atendimento, entre outros, são informações preciosas que permitem sua utilização no dia a dia dos atendimentos e do trabalho com as famílias, com soluções práticas e de acordo com as necessidades da criança e dos pais.

A presente pesquisa possibilitou também rever a visualização da realidade atual dos programas de estimulação precoce das instituições educacionais especializadas do município de Curitiba/PR, a partir da qual é possível apontar a necessidade de reformulações tanto na sua estrutura quanto no seu funcionamento, a fim de sistematizar de forma mais efetiva o atendimento às crianças e seus familiares. Isso implica numa adequação dos programas feitos pelos órgãos competentes com o intuito de trabalho interdisciplinar, valorização da família, integralização dos serviços educacionais, sociais e de saúde disponíveis de maneira a contemplarem as reais necessidades dos envolvidos e constituírem uma verdadeira rede de apoio, viabilização das ações profissionais dirigidas aos familiares, às alternativas de avaliação, intervenção e acompanhamento do desenvolvimento das crianças e na utilização dos avanços teóricos como subsídio para este

atendimento, buscando aumentar sua eficácia junto ao sistema público municipal.

Os resultados também evidenciam a necessidade de investimento na formação de profissionais da saúde e da educação voltados ao atendimento da estimulação precoce, capacitando-os para o atendimento de bebês com necessidades especiais e para intervenções que promovam a participação da família, baseados no modelo integral de intervenção centrado na família. Recomenda-se que as universidades incluam nos currículos disciplinas relativas à atenção e estimulação precoce, para que os futuros profissionais possam trabalhar com as famílias de forma segura e possuam conhecimentos teóricos nas áreas de desenvolvimento das crianças pequenas, da família e das necessidades educacionais especiais. Sugere-se também que as universidades invistam na pesquisa, no desenvolvimento de projetos, programas de pós-graduação e estratégias apropriadas para a estimulação precoce, seja no âmbito das instituições ou no seio da própria família ou comunidade.

Em relação aos limites encontrados na execução do trabalho, destaca-se o contexto operacional deste programa. Por se tratar de um atendimento amplo e diversificado, que pode fortalecer movimentos e atitudes de promoção à saúde e de proteção específica, bem como realizar avaliação, acompanhamento e prestação de serviços interdisciplinares no caso de um diagnóstico chegando às intervenções efetivas com as crianças e suas famílias, a estimulação precoce deveria ser uma prática capaz de fortalecer o desenvolvimento infantil, através da criação de ambientes favoráveis, formação profissional (inicial e continuada), reorientação do sistema educacional e de saúde, reforço da ação da comunidade, elaboração e implementação de políticas públicas voltadas a esta população, incremento nas condições de trabalho, projetando assim um atendimento focado na humanização, de natureza preventiva e não de reabilitação.

A presente pesquisa constitui uma das poucas disponíveis na realidade brasileira sobre os desafios da qualidade e da profissionalidade da estimulação e atenção precoce com bebês com deficiências. Portanto, o aprofundamento em novos estudos é necessário, considerando que a pesquisa compreendeu uma amostra pequena e, conseqüentemente, não generalizável. Novas

pesquisas devem deter-se ao tema, visando encontrar sugestões e respostas capazes de orientar as políticas públicas, as ações institucionais e o trabalho dos profissionais envolvidos. Com isso, será possível a implementação de novos serviços de estimulação precoce capazes de promoverem atendimentos de efetiva preocupação com o desenvolvimento das crianças e atendimento às famílias.

REFERÊNCIAS

ALCAZAR, A. C. B.; BARREIRO, C. M. B.; CARVALHEIRA, L. M. L. M.; PINTO, L. T. S. T.; HASS, R. O papel da família num centro de estimulação precoce In: OLIVEIRA, M. L. W. *Infância em movimento: estudos em estimulação precoce*. Niterói, RJ: Nota Bene, 2001 p. 41-43.

ALCHIERI, J. C.; CRUZ, R. M. *Avaliação psicológica: conceito, métodos e instrumentos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ALVES, C. P. *Elaboração preliminar do instrumento para avaliação da funcionalidade e incapacidade na infância* 180f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2010.

ALVES, I. M. *A estimulação precoce e sua importância na educação infantil: detecção de sinais de risco psíquico para o desenvolvimento*. 130f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

AMBRÓZIO, C. R. *Participação de mães na avaliação do desenvolvimento do bebê com Síndrome de Down, realizada pelo psicólogo na estimulação precoce*, 154f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2009.

ARAÚJO, E. A. C. Parceria família-profissional em educação especial: promovendo habilidades de comunicação efetiva. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A.; WILLIAMS, L. C. A. (Org.). *Temas em educação especial: avanços recentes*. São Carlos: Edufscar, 2004. p. 175-178.

ARNALDOS PAYÁ, M. J. *et al.* Informe Técnico sobre el modelo de intervención en atención temprana para la Región de Murcia. *Revista de Atención Temprana*, Murcia, v. 3, n. 1, p. 37-47, 2000.

ASPESI, C. C.; DESSEN, M. A.; CHAGAS, J. F. A ciência do desenvolvimento humano: uma perspectiva interdisciplinar. In: DESSEN, M. A.; COSTA JUNIOR, A. L. e cols. *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 19-36.

BAYLEY, N. *Bayley scales for infant development*. San Antonio: The Psychological Corporation, 1993-1996.

BAILEY, D.; SIMEONSSON, R.; YODER, D.; HUNTINGTON, G. Preparing professionals to serve infants and toddlers with handicaps and their families: An integrative analysis across eight disciplines. *Exceptional Children*, v. 57, n. 1, p. 26-35, 1990.

BARBA, P. C. de S. D. *Avaliação da grade curricular e conhecimentos de residentes em pediatria sobre vigilância do desenvolvimento*. 2007, 210 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, Educação do Indivíduo Especial, São Carlos, 2007

BARNARD, K.E.; KELLY, J. F. Evaluación interdisciplinar en atención temprana. In: GIL, I. C. *Revista de Atención Temprana*, Murcia, v.8, n. 2, p. 62-69, 2005.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEYER, H. O. Paradigmas em educação (especial) e a prática da avaliação de alunos com necessidades educacionais especiais. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; TANAKA, E. D. O. (Org.) *Perspectivas multidisciplinares em educação especial II*. Londrina: Editora da UEL, 2001. p. 205- 211.

BLAIR, C; RAMEY, C. T. Early Intervention for Low-Birth-Weight Infants and the path to Second-Generation Research. In: GURALNICK, M. J. *The Effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publsing Co, 2000.

BLUE-BANNING, M.; SUMMERS, J. A.; FRANKLAND, H.; NELSON, L; BEEGLE, G. In: GINÉ, C.; GRÁCIA, M.; VILASECA, R.; BALCELLS, A. *Revista Universitária de Formación del Profesorado*, Zaragoza, n. 65 (23,2), p. 94-113, 2009.

BOLSANELLO, M. A. *Interação mãe-filho portador de deficiência: concepções e modos de atuação dos profissionais em estimulação precoce*. 156f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

BOLSANELLO, M. A. Concepções sobre os procedimentos de intervenção e avaliação de profissionais em estimulação precoce. *Revista Educar*, Curitiba, n. 22, p. 343-355, 2003.

BOLSANELLO, M. A. Desafios do atendimento de estimulação precoce na realidade brasileira. In: BOLSANELLO, M. A. (Org.). *Atenção e estimulação precoce – bebês com deficiências*. Curitiba. *Livro do I Simpósio Nacional de Atenção e Estimulação Precoce*, Curitiba: Editora da Universidade Federal do Paraná, 2008. p. 01-08.

BOLSANELLO, M. A.; PÉREZ-LÓPEZ, J. Participación de las madres brasileñas em los servicios de atención temprana. *Revista INFAD* (International Journal of Developmental na Educational Psychology), v. 1, n. 1, p. 383-393, 2007.

BOLSANELLO, M. A.; SOUZA, N. N. *A importância da participação de mães de bebês com necessidades especiais no atendimento de educação especial*. In: XII Jornadas de Jovens Pesquisadores da Associação de Universidades Grupo Montevideo, Integração Nacional, Científica e Tecnológica – para a Inclusão Social no MERCOSUL, Curitiba, 2004.

BRASIL, Ministério da Educação. *Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce: o portador de necessidades educativas especiais*. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial (SEESP), 1995.

BRASIL/ MS. In: VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: MS, 1986.

_____. Ministério da Educação. *Lei de diretrizes e bases da educação nacional*. Brasília: MEC, 1996.

_____. Ministério da Educação. *Referencial curricular nacional de educação infantil*. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Fundamental, 1998.

_____. Ministério da Educação. *Referencial curricular nacional para a educação infantil: estratégias e orientações para a educação de crianças com necessidades educacionais especiais*. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial (SEESP), 2000.

_____. *Diretrizes operacionais da educação especial para o atendimento educacional especializado na educação básica*. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial (SEESP), 2008.

BRAZELTON, T. B. *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BRITO de La Nuez, A.; PEREZ LÓPEZ, J.; MARTINEZ-FUENTES, M. A.; DÍAZ-HERRERO, A. La prevención primaria em escuelas infantiles desde El servicio de prevención y promoción del desarrollo infantil. *Revista de Atención Temprana*, 9, p. 91-94, 2006.

BRONFENBRENNER, U. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.

BRONFENBRENNER, U. Nature – nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, v. 101, n. 4, p. 568-586, 1994.

BRONFENBRENNER, U. *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRONFENBRENNER, U. *Bioecologia do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRONFENBRENNER, U. Ecological models of human development. *Encyclopedia of education*, 1994. 3, p. 1643-1647.

BRONFENBRENNER, U.; EVANS, G. Development science in the 21st century: emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*. v. 9, n. 1, p. 115-125, 2000.

BRONFENBRENNER, U. Ecological systems theory. In: VASTA, R. (Ed.). *Six theories of child development: revised formulations and current issues*. London: Jessica Kingley, p. 187-249, 1989.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. The ecology of development processes. In: DAMON, W. (Org.). *Handbook of child psychology*. New York, NY: John Wiley e Sons, 1998 (v.1, p. 993-1027).

BUSCAGLIA, L. F. *Os deficientes e seus pais*. Rio de Janeiro: Record, 1997.

CARVALHO, R. E. *A nova LDB e a educação especial*. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

CASARIN, S. Aspectos psicológicos na síndrome de Down. In: SCHAWARTZMAN, J. S. (Org.). *Síndrome de Down*. São Paulo: Mackenzie, 1999, p. 263-285.

CASTO, G.; MASTROPIERI, M. A. The efficacy of Early Intervention Programs: A Meta-Analysis. *Exceptional Children*, v. 52, n. 5, p. 417-424, 1986.

CIA, Fabiana; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque; AIELLO, Ana Lúcia Rossito. Influências paternas no desenvolvimento infantil: revisão da literatura. *Psicol. Esc. Educ. (Impr.)*, Campinas, v. 9, n. 2, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572005000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 03/02/2011.

COLNAGO, N. A. S. *Orientação para pais de crianças com síndrome de down: elaborando e testando um programa de intervenção*. 179f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

COLNAGO, N. A. S.; BIASOLI-ALVES, Z. Necessidades de famílias de bebês com síndrome de down: subsídios para uma proposta de intervenção. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S.; TANAKA, E. D. O. (Org.). *O papel da família junto ao portador de necessidades especiais*. Londrina: Editora Eduel, 2003. p. 01-14.

CRAIS, E. R. Aplicar princípios centrados na família à avaliação da criança. In: McWILLIAM, P. J.; WINTON, P. J.; CRAIS, E. R. *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família*. Porto: Porto Editora, 2003 p. 82- 109.

CRAIS, E.; LEONARD, R. Are speech-language pathologists prepared for the challenge? *Asha*, v. 32, n. 4, p. 57-61, 1990.

DESSEN, M. A.; SILVA, N. L. P. A família e os programas de intervenção. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A.; WILLIAMS, L. C. A. (Org.) *Temas em educação especial: avanços recentes*. São Carlos: Edufscar, 2004. p. 179-187.

DÍAZ MAYSOUNAVE, J. C. Reflexiones sobre el proceso y la eficacia de la detección em atención temprana. *Revista de Atención Temprana*, Murcia, v. 5, n. 2, p. 111-117, 2003.

DROTAR et al. In: KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. *Pais/Bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

DUNST, C. J. Rethinking Early Intervention. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 5, p. 165-201, 1985.

DUNST, C.; JOHANSON, C.; TRIVETTE, C.; HAMBY, D. Family-oriented early intervention policies and practices: family-centered or not? *Exceptional Children*, 58, p. 115-126, 1997.

DUNST, C. J.; TRIVETTE, C. M.; DEAL, A. G. *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge: Brookline Books, 1988.

DUNST, C.; TRIVETTE, C. M.; DEAL, A. G. *Supporting and strengthening families: Methods, strategies and practices*. Cambridge: Brookline Books, 1994.

DUNST, C. J.; BRUDER, M. B. Valued outcomes of service coordination, early intervention, and natural environments. *Exceptional Children*, 68, p. 361-375, 2002.

EPPS, S.; JACKSON, B. J. *Empowered families successful children*. Washington, DC: American Psychological Association, 2000.

FEAPAT. *Organización diagnóstica para la atención temprana*. 1. ed. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 2004.

FEAPAT, *Libro blanco de la atención temprana*. 3. ed. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 2005a.

_____. *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la atención temprana*. 1. ed. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 2005b.

FORMIGA, C. K. M. R. *Programa de intervenção com bebês pré-termo e suas famílias: avaliação e subsídios para a prevenção de deficiências*. 222f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, Educação do Indivíduo Especial, São Carlos, 2003.

FRANCO, V. Dimensões transdisciplinares do trabalho em equipe em intervenção precoce *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 113-121, jan./jun. 2007.

GARCÍA SÁNCHEZ, F. A.; CASTELLANOS, P.; MENDIETA GARCÍA, P. Definición de atención temprana y de sus vertientes de intervención desde un modelo integral. *Revista de Atención Temprana*, Murcia, v. 1, n. 2, p. 57-62, 1998.

GARCÍA SÁNCHEZ, F. A. Modelo ecológico – modelo integral de intervención em atención temprana. In: XI REUNIÓN INTERDISCIPLINAR SOBRE POBLACIONES DE ALTO RIESGO DE DEFICIÊNCIAS. 2001 Madrid. *Programa Factores Emocionales del Desarrollo Temprano y Modelos Conceptuales em la Intervención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 2001. Disponível em: <<http://paidos.rediris.es/genysi/framjor.htm>>. Acesso em: 03/11/2010.

GARCÍA SÁNCHEZ, F. A. *et al. Criterios de calidad estimular: Para niños de 0 a 3 años*. Múrcia: ATEMP, 2003.

GIARDINETTO, A. R. dos S. B. *Comparando a interação social de crianças autistas: as contribuições do programa TEACCH e do Currículo Funcional Natural*. 124 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, Educação do Indivíduo Especial, São Carlos, 2005.

GIL, I. C. Evaluación interdisciplinar em atención temprana *Revista de Atención Temprana*, Múrcia, v. 8, n. 2, p. 62-69, 2005.

GINÉ, C.; GRÁCIA, M.; VILASECA, R.; BALCELLS, A. Trabajar com las familias em atención temprana. *Revista Universitária de Formación del Profesorado*, Zaragoza, n. 65 (23,2), p. 94-113, 2009.

GREENSPAN, S. I.; MEISELS, S. J. La Evaluación interdisciplinar en atención temprana. In: GIL, I. C. *Revista de Atención Temprana*, Múrcia, v. 8, n. 2, p. 62-69, 2005.

GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA. *Libro Blanco de la atención temprana*. Documentos 55/2000. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalia, 2000.

GURALNICK, M. J. Second-Generation research in the field of early intervention. In: GURALNICK, M. J. (Org.). *The Effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Paul. H. Brookes Publishing, 2000.

GURALNICK, M. J. A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*; Research Library, v. 14, n. 2; Oct. 2001.

GURALNICK, M. J. International perspectives on early intervention: a search for common ground. *Journal of Early Intervention*, v. 30, n. 2, p. 90-101, 2008.

HANSEL, A. F. *Concepções paternas sobre o bebê com deficiências inserido em programa de estimulação precoce, na educação especial*. 106f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004.

HANSEL, A. F.; BOLSANELLO, M. A. O envolvimento parental nos programas de estimulação precoce. In: FUJISAWA, D. S.; MARQUEZINE, M. C.; TANAKA, E. D. O.; BUSTO, R. M.; MANZINI, E. J. *Família e educação especial*. Londrina: ABPEE, 2009. p. 17-27.

HAYDEN, V. In: TELFORD, C. W.; SAWREY, J. M. *O indivíduo excepcional*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

JUAN-VERA, M.; PÉREZ-LÓPEZ, J.; CASELLAS, C. E. La formación de padres como herramienta de prevención primaria en atención temprana. *Revista de Atención Temprana*, v. 9, p. 95-103, 2006.

JUPP, K., *Viver plenamente: Convivendo com as dificuldades de aprendizagem*. Campinas, SP: Papirus, 1998.

KILGO, J. L. e BRUDER, M. B. Creating new visions in institutions of higher education. In: P. Winton, J. Mc Collum, e C. Catlett (Eds.) *Reforming personnel preparations in early intervention: Issues, models and practical strategies* (p. 81-101). Baltimore, MD: Paul Brookes.

KRAUS, M. W. Two Generations of Family Research in Early Intervention. In: GURALNICK, M. J. (Org.). *The Effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 2000.

KRAUSS, M.; JACOBS, F. Evaluación interdisciplinar en atención temprana. In: GIL, I. C. *Revista de Atención Temprana*, Murcia, v. 8, n. 2, p. 62-69, 2005.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos da metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEAL, L. A family-centered approach to people with mental retardation. In: GINÉ, C.; GRÁCIA, M.; VILASECA, R.; BALCELLS, A. *Revista Universitária de Formación del Profesorado*, Zaragoza, n. 65 (23,2), p. 94-113, 2009.

LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. *O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção*. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

LEE, S.; KAHN, J. V. A. Survival analysis of parent-child interaction in early intervention. *Infant Toddler Intervention*, v. 10, n. 3, p. 137-156, 2000.

LORDELO, E.; CHALBUD, A.; GUIRRA, R.; CARVALHO, C. Contexto e desenvolvimento cognitivo: Frequência à creche e evolução do desenvolvimento mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 20, n. 2, p. 324-334, 2007.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisas em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 6 ed. 4ª reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTIN, N.; GEORGE, K.; O'NEAL, J.; DALY, J. Audiologists' and parents' attitudes regarding counselling of families of hearing impaired children. *Asha*, v. 29, n. 2, p. 27-33, 1987.

McGONIGEL, M. J.; WOODRUFF, G.; ROSZMANN-MILLICAN, M. The transdisciplinary team – a model for family-centered early intervention. In: JOHNSON, L. J.; GALLAGHER, R. J.; ZAMONTAGNE, M. J.; JORDAN, J. B.; JUNE, B.; GALLAGHER, J.; HUTINGER, P. L.; KARNES, M. B. (Eds.). *Meeting early intervention challenges*. Baltimore: Paul H. Brooks, 1994. p. 95-131.

McWILLIAM, P. J. Práticas de intervenção precoce centradas na família. In: McWILLIAM, P. J.; WINTON, P. J.; CRAIS, E. R. *Estratégias práticas para intervenção precoce centrada na família*. Porto: Porto Editora, 2003. p. 10-21.

McWILLIAM, P. J. Repensar a avaliação da criança. In: McWILLIAM, P. J.; WINTON, P. J.; CRAIS, E. R. *Estratégias práticas para intervenção precoce centrada na família*. Porto: Porto Editora, 2003. p. 66-79.

MEISELS, S. J.; ATKINS-BURNETT, S. The elements of early childhood assessment. In: SHONKOFF, J. P.; MEISELS, S. J. (Org.). *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press, 2000. p. 231-257.

MELO, S. F. *A relação mãe-criança portadora de deficiência mental: uma abordagem winnicottiana*. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MENDIETA GARCÍA, P.; GARCÍA SÁNCHEZ, F. A. Modelo Integral de intervención en atención temprana: organización y coordinación de servicio. *Siglo Cero*, Salamanca, v. 29, n. 4, p. 11-22, 1998.

MILLER, N. B. *Ninguém é perfeito: vivendo e crescendo com crianças que têm necessidades especiais*. Campinas: Papirus, 1995.

MINETTO, F. C. S. A noção de objeto permanente e causalidade física e a criança com Síndrome de Down. In: Refletindo a organização escolar - XIV Semana de Ensino Pesquisa e Extensão. Curitiba: UFPR, 1999.

MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A. M. C. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *Jornal de Pediatria*, suplemento 1, 2003.

MORAGAS, C. C. Evaluación del desarrollo em atención temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. Zaragoza, 65 (23,2), p. 39-55, 2009.

NASCIMENTO, A. L. *As primeiras aquisições da criança surda*. 123f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Universidade do Grande Rio, 2010.

NAYEC, *Quality, compensation, and affordability*. A position statement of the National Association for the Education of Young Children. Adopted 1987; revised 1995.

NEÓFITI, C. C. *Educação para vigilância do desenvolvimento infantil: destaque ao programa de capacitação virtual e presencial para educadores de creches*. 164f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2009.

NOGUEIRA, M. M. *Avaliação da psicomotricidade no processo ensino-aprendizagem da criança com síndrome de down na educação infantil*. 164f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2007.

NUNES, C. C.; SILVA, N. C. B.; AIELLO, A. L. R. As contribuições do papel do pai e do irmão do indivíduo com necessidades especiais na visão sistêmica da família. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 24, n. 1, p. 37-44, 2008,

OLDS, D. L.; HENDERSON, C. R.; KITZMAN, H. Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics*, 93, p. 89-98, 1994.

OLSON, J. Delivering sensitive information to families of handicapped infants and young children. Moscow, ID *Outreach to infants in rural setting*, special education department, University of Idaho, 1998.

OMAIRI, C. *Aquisição da noção de espaço pela criança com síndrome de down, no atendimento de estimulação precoce*. 97f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Educação, Curitiba, 2007.

OMOTE, S. A deficiência e a família. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S.; TANAKA, E. D. O. (Org.). *O papel da família junto ao portador de necessidades especiais*. Londrina: Eduel, 2003. p. xv-xiii.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. *Desenvolvimento humano*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PARANÁ. Lei ordinária n. 15.000, de 26 de janeiro de 2006. Concede dispensa de parte da jornada de trabalho à servidora pública que seja mãe, esposa ou companheira, tutora, curadora ou responsável por pessoa portadora de deficiência. *Diário Oficial da União*, n. 7163, Curitiba, Paraná, 9 fev. 2006. Disponível em: <<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao>> Acesso em: 19/07/2009.

PARANÁ, Secretaria de estado da educação *Diretrizes curriculares para educação especial para a construção de currículos inclusivos*. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/diretrizes/dce_ed_especial.pdf Acesso em 12/05/2012.

PEREIRA-SILVA, N. L.; DESSEN, M. A. Crianças pré-escolares com síndrome de down e suas interações familiares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Brasília, v. 16, p. 503-514, 2003.

PEREZ-LOPEZ, J.; BRITO, A. G. *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2004.

PIMENTEL, J. S. *Intervenção focada na família: desejo ou realidade*. Secretariado Nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência. Lisboa, 2005.

PLANO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (PNE). *Lei 10.172/2001* (2001-2010). Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/pne.pdf>>. Acesso em: 12/05/2009.

POLÔNIA, A. C.; DESSEN, M. A.; SILVA, N. L. P. O modelo bioecológico de Bronfenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. In: DESSEN, M. A.; COSTA JUNIOR, A. L. e cols. *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 190-209.

REYNOLDS, A. R. Effects of a preschool plus folow-on intervention for children at risk. *Developmental Psychology*, 30, p. 787-804, 1994.

RICHARDSON, R. J. *et al. Pesquisa social: métodos e técnicas*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

RIOS, K. de S. A. *Efeitos de um programa de prevenção de problemas em crianças pré-escolares de famílias de baixa renda*. 155f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, Educação do Indivíduo Especial, São Carlos, 2006.

SAMEROFF, A. J.; CHANDLER, M. J. Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In HOROWITZ, M. F. D.; HETHERINGTON, S.; SIEGEL, G. (Eds.). *Review of child development research*. Chicago: University Chicago Press, v. 4, p. 187-244, 1975.

SAMEROFF, A. J.; Development systems: contexts and evolution. In: KESSEN, W. (Ed.). *History, theories and methods* (v. 1) p. 237-293 of MUSSEN, P. H. (Ed.). *Handbook of child development*. New York: Wiley, 1983.

SAMEROFF, A. J.; FIESE, B. H. Transactional regulation: The development ecology of early intervention. In: MEISELS, S. J.; SHONKOFF, J. P. (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Second edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. p. 135-159.

SAMEROFF, A. J.; FIESE, B. H. Transactional regulation and early intervention. In: MEISELS, S. J.; SHONKOFF, J. P. (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press, 1990. p. 119-149.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCÍO, P. B. *Metodologia de pesquisa*. 3. ed. São Paulo: Mc Graw-Hill, 2006.

SCHMITERLOW, C. L. V.; FERNANDEZ, C. L. Programas de intervención familiar. In: PEREZ-LÓPEZ; NUEZ (Coord.). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2004. p. 354-365.

SCHWEINHART, L. J. et al. *Significant benefits: The High/Scope Perry Preschool Study Through age 27*. Ypsilanti, MI: High/Scope Press, 1993.

SERRANO, A. M. Aspectos práticos e teóricos subjacentes às práticas centradas na família. In: SERRANO, A. M. *Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce*. Porto: Porto Editora, 2007. p. 23-44.

SHORE, R. *Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 2000.

SILVA, M. de F. M. *A criança com síndrome de down e as noções de objeto e de causalidade física*. 112f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Educação, Curitiba, 2000.

SIMEONSSON, R.; BAYLEY, D. Family dimensions in early intervention. In: MEISELS, S. J.; SHONKOFF, J. P. (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. p. 428-444.

SOEJIMA, C. S. *Atenção e estimulação precoce relacionadas ao desenvolvimento da criança de zero a três anos de idade no ambiente da creche*. 136f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Educação, Curitiba, 2008.

SOUZA, N. N. *Concepções de educadoras de creche sobre o desenvolvimento de crianças na faixa etária dos zero aos três anos*. 112f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Educação, Curitiba, 2008.

SUMMERS, M. E. The impact of early intervention programs on parents functioning and parent-child interaction. *Dissertation Abstracts: Section B: The Sciences and Engineering*, 63 (2-B), p. 1051-2002.

SUMMERS, J. A.; MARQUIS, J.; MANNAN, H.; TURNBULL, A.; FLEMING, K.; POSTON, D. et al. In: GINÉ, C.; GRÁCIA, M.; VILASECA, R.; BALCELLS, A. *Revista Universitária de Formación del Profesorado*, Zaragoza, n. 65 (23,2), p. 94-113, 2009.

TURNBULL, A. P.; TURBIVILLE, V.; TURNBULL, H. R. Evolution of family professional partnerships: Collective empowerment as the model for the early twenty-first century. In: SHONKOFF, J. P.; MEISELS, S. J. (Eds.). *Handbook of early intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000, p. 630-650.

TURNBULL, A.P.; SUMMERS, J. A & BROTHERTON, M.J. (1986). Families, professionals and exceptionality: A special partnership. In Correia, L.M.; Serrano, A.M., *Envolvimento parental: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto Editora, 1998.

VASCONCELLOS, M. J. E. *O pensamento sistêmico: novo paradigma da ciência*. 3. Ed. Campinas, SP: Papirus, 2003.

WARREN, S. F., & Horn, E. M. (1996). Generalization issues in providing integrated services. In R. A. McWilliam (Ed.), *Rethinking pull-out services in early intervention* (pp. 121-143). Baltimore, MD: Paul Brookes.

WILLIAMS, L. C. de A.; AIELLO, A. L. R. *O inventário portage operacionalizado: intervenção com famílias*. São Paulo: Memnon, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS.....	119
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PAIS.....	122
APÊNDICE 3 - ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO (I) MINISTRADO AOS PROFISSIONAIS.....	125
APÊNDICE 4 - ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO (II) MINISTRADO AOS PROFISSIONAIS.....	127
APÊNDICE 5 - ROTEIRO DA ENTREVISTA MINISTRADA AOS PAIS.....	136

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS

a) Você, profissional que atua no atendimento da Estimulação/Atenção Precoce da educação especial está sendo convidado a participar de um estudo intitulado *“Estimulação Precoce Baseada em Equipe Interdisciplinar e Participação Familiar: Concepções de Profissionais e Pais”*. É através das pesquisas científicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas e sua participação é fundamental;

b) O objetivo geral da pesquisa é levantar as concepções dos profissionais sobre a sua participação e atuação neste programa antes e depois da implementação de um modelo de intervenção em equipe interdisciplinar;

c) Caso você participe do estudo, será necessário comparecer às reuniões, submeter-se à aplicação de questionários, bem como das Escalas Bayley III, no caso dos bebês, agendadas nos horários dos atendimentos das crianças já estabelecidos e convenientes para ambas as partes – sujeitos e pesquisadores;

d) O questionário I será ministrado no início da pesquisa em ambiente reservado durante a permanência dos profissionais na escola e tem como objetivo verificar as suas concepções e modos de atuação levando em consideração que a implementação de um modelo de avaliação com a utilização das Escalas Bayley III ainda não ocorreu;

e) O questionário II será ministrado no final da pesquisa também durante a permanência dos profissionais na escola em ambiente reservado, será gravado e tem como objetivo levantar as concepções dos profissionais sobre a sua participação e atuação no atendimento da Estimulação/Atenção Precoce, depois da implementação de um modelo de avaliação contemplando a utilização das Escalas Bayley III;

f) As Escalas serão aplicadas com os bebês três vezes durante o ano de 2011 – em junho, agosto e outubro, e serão necessárias em média duas sessões para cada criança. Após o levantamento dos dados será realizada uma intervenção informativa com todos os profissionais submetidos à pesquisa,

cujo propósito é o de apresentar o perfil de desenvolvimento de cada criança e, a partir daí, estabelecer em conjunto com eles protocolos de estimulação e intervenções individuais e de orientação às famílias que serão ministrados no decorrer da pesquisa;

g) Este estudo não envolve nenhum desconforto porque não prevê nenhum tratamento médico ou intervenção física;

h) Este estudo também não envolve risco aos participantes. Pode ser que ocorra um desconforto natural em função das filmagens durante a aplicação das Escalas Bayley III. As filmagens auxiliarão no registro dos dados e no acompanhamento do desenvolvimento dos bebês;

i) O local da coleta de todos os dados será nas dependências da própria escola onde funciona o atendimento da Estimulação/Atenção Precoce;

j) Os benefícios esperados durante e após a conclusão do estudo é uma maior reflexão sobre a qualidade do atendimento da Estimulação/Atenção Precoce e a possibilidade de contribuir com alternativas e estratégias para a melhoria do serviço;

k) A pesquisadora, Ana Flávia Hansel, doutoranda em Educação, poderá ser contatada pelos telefones: (41) xxxx-xxxx ou (41) xxxx-xxxx e também pelos endereços eletrônicos: aflaviah@hotmail.com ou anaflaviahansel@gmail.com, para esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa;

l) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo;

m) A sua participação neste estudo é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre esclarecido assinado. Esse fato não implicará em nenhum prejuízo a você;

n) As informações relacionadas ao estudo poderão ser acompanhadas pela orientadora do Doutorado, Profª Drª Maria Augusta Bolsanello. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **confidencialidade** seja mantida;

o) Todas as informações prestadas à pesquisadora têm garantido o sigilo profissional. O conteúdo dos dados coletados poderá ser revisto e confirmado ou modificado por você. O anonimato é garantido e respeitado e tão logo o

estudo termine o material utilizado na coleta dos dados será inutilizado, pois as conclusões irão compor o corpo da Tese de Doutorado;

p) Todas as despesas e custos necessários para a realização da pesquisa são de inteira responsabilidade da pesquisadora;

q) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que qualquer problema decorrente do estudo será tratado diretamente com a pesquisadora responsável;

r) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um nome fictício.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo ao qual fui convidado(a) a participar. A explicação que recebi menciona todos os benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que me prejudique de qualquer maneira. Eu entendi que não vou receber nenhuma remuneração em dinheiro e que a participação voluntária será sem custos para mim. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local e data

Assinatura do Sujeito Pesquisado

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PAIS

Eu, Ana Flávia Hansel, aluna do Curso de Pós-Graduação de Educação da Universidade Federal do Paraná, sob a orientação da Professora Doutora Maria Augusta Bolsanello, venho convidá-lo (a), juntamente com seu filho (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa sobre *“Estimulação Precoce Baseada em Equipe Interdisciplinar e Participação Familiar: Concepções de Profissionais e Pais”*.

Este documento visa dar a você informações sobre este estudo, por isso leia com atenção. Caso não entenda alguma coisa, peça explicações.

A pesquisa pretende trazer benefícios para o atendimento da estimulação precoce, pois visa mostrar para os profissionais da estimulação precoce a importância da participação das mães nos atendimentos e também vai oferecer ao seu filho uma avaliação do desenvolvimento infantil, que ainda não é ofertada nos programas.

Sua participação se dará por meio da permissão de que seu filho(a), na sua presença, participe da aplicação das Escalas Bayley III. Essas escalas permitem avaliar o desenvolvimento dos bebês, na parte cognitiva, afetiva e social. Ela consiste em provas em forma de brincadeiras que serão ministradas ao seu filho (a), que deverá permanecer em seu colo, junto a uma mesa.

Os encontros serão realizados durante o horário de permanência da criança na instituição, em ambiente reservado, com o consentimento da direção da escola.

A aplicação das Escalas Bayley III vai ocorrer em uma sessão no mês de junho, outra sessão no mês de agosto e uma última sessão no mês de novembro de 2011, em dias e horários estabelecidos e convenientes para você e a pesquisadora – e terá a duração média de 30 minutos por cada sessão.

Após a aplicação das Escalas será agendada, logo na semana seguinte de cada sessão, em horário estabelecido e conveniente para você e a pesquisadora, uma reunião com duração média de 40 minutos, com o objetivo de informá-lo o resultado da avaliação do desenvolvimento de seu filho (a) e

fornecer-lhe, se necessário, orientações e atividades de estimulação que contemplem as rotinas do dia a dia da família.

A avaliação do desenvolvimento do seu bebê por meio da aplicação das Escalas Bayley III será filmada em todas as três sessões, para que a pesquisadora possa dar toda a atenção ao seu filho (a).

Não há previsão de nenhum risco físico ou emocional para você e seu filho (a) por participarem desta pesquisa. Talvez você sinta um desconforto inicial natural perante as filmagens.

Se você ou seu bebê se sentirem desconfortáveis por algum motivo, poderemos fazer um intervalo até que se sintam melhor.

A sua participação e de seu filho (a) neste estudo é voluntária, ou seja, você não receberá qualquer valor em dinheiro, assim como não haverá nenhum gasto de sua parte.

Caso você queira participar desta pesquisa, você deverá assinar este documento, que se chama termo de consentimento livre e esclarecido. Em qualquer momento, você poderá desistir de participar do estudo e poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre esclarecido assinado. Esse fato não trará problemas para o seu atendimento, o qual está assegurado.

Todas as informações e resultados que você queira sobre esta pesquisa estão garantidos, sejam antes, durante ou após este estudo.

As imagens filmadas poderão ser utilizadas para ilustração em apresentações didáticas, publicações em livros e revistas. Porém, a sua identidade e a identidade de seu filho (a) não serão reveladas, isso significa que os seus nomes verdadeiros permanecerão em segredo e de nenhuma forma serão divulgados.

Você tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo, sendo que os atendimentos de seu filho (a) estão assegurados independentemente de sua participação na pesquisa.

Eu, Ana Flávia Hansel, coloco-me à inteira disposição para quaisquer outros esclarecimentos relacionados com esta pesquisa por meio dos telefones (41) xxxx-xxxx ou (41) xxxx-xxxx, no horário das 08:00 até às 17:00 horas, ou ainda pelos e-mails: aflaviah@hotmail.com ou anaflaviahansel@gmail.com

Eu, _____ responsável por _____
li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo ao qual fui
convidado(a) a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e
benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha
participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu
entendi que qualquer problema relacionado ao estudo será tratado sem custos
para mim. Concordo com as filmagens que forem necessárias, bem como a
sua divulgação científica em apresentações e publicações.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo e permitir a
participação de meu filho(a).

Local e data

Assinatura de um dos responsáveis
pela criança

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE 3 - ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO (I) MINISTRADO AOS PROFISSIONAIS

Local de aplicação do questionário:

Data:/...../20____

Profissão:.....

A - Caracterização dos profissionais

1. Idade:
2. Formação superior:
3. Formação em nível de pós-graduação:
4. Formação em estimulação essencial:
5. Tempo de atuação profissional na educação especial, antes de atuar na estimulação:
6. Tempo de atuação profissional na área da estimulação essencial:

B – Questionário

1. Por que você escolheu trabalhar em estimulação essencial?
2. Para você, quais são os objetivos da estimulação essencial?
3. O que você considera fundamental para um bom atendimento em estimulação essencial?
4. Descreva como se desenvolve o trabalho da equipe.
5. No atendimento do bebê, é elaborado um plano de intervenção? Se sim, como é elaborado?
6. Você costuma seguir esse plano?
7. Que tipo de trabalho você desenvolve com a criança?
8. Você utiliza enfoques teóricos para embasar o exercício do seu trabalho? Quais?
9. Como é feita a avaliação da criança?
10. Você utiliza alguma escala de desenvolvimento infantil na avaliação? Qual?
11. Você tem conhecimento sobre a avaliação e a intervenção que os seus colegas realizam?

12. Você costuma conversar e trocar ideias com seus colegas de trabalho sobre os atendimentos? Em caso positivo, com que frequência e como isso ocorre?
13. A mãe costuma participar da avaliação?
14. O plano de intervenção é apresentado à mãe? Quem o apresenta?
15. A mãe costuma participar do atendimento em estimulação essencial?
16. Se a mãe costuma participar do atendimento em estimulação essencial, de que forma ela participa?
17. Se a mãe não costuma participar do atendimento, qual a razão?
18. Em que as mães costumam ajudar a estimulação essencial?
19. Em que as mães costumam atrapalhar a estimulação essencial?
20. Que características você destaca na mãe de um filho com deficiência?
21. Você costuma informar e orientar a mãe? Quais os tipos de informação e orientação? De que forma são dadas estas informações e orientações?
22. Qual o comportamento da mãe frente às informações e orientações dadas?
23. A mãe fala com você sobre suas dúvidas? Se sim, que tipo de dúvidas ela costuma ter?
24. A mãe costuma lhe colocar os seus sentimentos? Se sim, o que você faz?
25. A mãe é assídua ou costuma faltar ao atendimento? Se costuma faltar, quais os motivos alegados?
26. Como você avalia o seu desempenho profissional na estimulação essencial?
27. Você acha que o profissional de estimulação essencial está preparado para trabalhar em equipe?

APÊNDICE 4 - ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO (II) MINISTRADO AOS PROFISSIONAIS

Local da aplicação do questionário:

..... Data...../...../ 20____

Profissão:.....

.....

1. Quando você foi convidada para participar desta pesquisa e lhe foi explicado como seria a pesquisa, o que você pensou?
2. Você percebeu alguma mudança ou diferença no trabalho da estimulação essencial no transcorrer da pesquisa? Em caso positivo, qual ou quais?
3. Você considera que suas concepções e modos de atuação profissional sofreram alguma influência por causa da pesquisa? Comente.
4. O que você achou das reuniões e devolutivas realizadas com a equipe de profissionais e com as mães durante a pesquisa?
5. Como é a sua experiência profissional de equipe na estimulação essencial? É equipe multiprofissional ou interdisciplinar? Justifique.
6. Como você julga a aplicação das Escalas Bayley III realizada pelas pesquisadoras no processo de avaliação e acompanhamento do desenvolvimento da criança na estimulação essencial?
7. Na sua opinião, os protocolos de intervenção fornecidos às mães para que elas ou alguém da família realize atividades e brincadeiras no contexto familiar contribuíram com o seu trabalho da estimulação essencial? Comente.
8. Qual a sua opinião sobre a construção em conjunto por todos os profissionais de avaliação, protocolos de estimulação e intervenção com as crianças? É viável este trabalho no modelo atual da estimulação essencial?
9. O seu procedimento em relação à família da criança teve alguma mudança? Justifique.
10. Você considera que a participação das mães na aplicação das Escalas Bayley III fez alguma diferença para elas? Comente.
11. Você acha que a proposta da pesquisa fez alguma diferença no desenvolvimento das crianças? Justifique.

12. Como você avalia os procedimentos da pesquisa? Comente e indique sugestões.
13. Você considera o profissional de estimulação essencial bem preparado para atuação profissional?
14. Quais são as dificuldades que você enfrenta no desenvolvimento do trabalho em estimulação essencial?
15. Relate quais as principais dificuldades que enfrenta uma equipe de estimulação essencial para o aperfeiçoamento do trabalho?

APÊNDICE 5 - ROTEIRO DA ENTREVISTA MINISTRADA AOS PAIS

Local de aplicação das entrevistas:

Data:/...../20____

A – Caracterização das mães ou cuidadores principais

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

Estado civil:

Número de filhos:

Renda familiar:

B - Entrevista

1. Que necessidade especial o seu filho apresenta?
2. Quem mandou você trazer o seu filho para a estimulação precoce?
3. O que você entendeu que seria a estimulação precoce?
4. O que fizeram com o seu filho quando você o trouxe para a estimulação?
5. O que lhe disseram que iam fazer com ele?
6. Quando você trouxe o seu filho pela primeira vez na estimulação você entrou com ele?
7. O que você acha que seu filho sente quando está na estimulação?
8. Há quanto tempo você frequenta a estimulação? Você vem sempre ou costuma faltar?
9. Quais são os profissionais que atendem o seu filho?
10. Você sabe o que cada um faz com o seu filho?
11. Você costuma conversar com os profissionais que atendem o seu filho? Como são essas conversas?

12. Os profissionais lhe dão orientações? Que tipo de orientações? Você entende bem essas orientações? Consegue cumprir as orientações em casa?
13. Quem cuida da criança em casa?
14. Como você e seu marido/esposa se sentem em relação aos cuidados de seu filho?
15. Algum profissional já lhe falou ou lhe fala sobre como está o desenvolvimento do seu filho? Você é informada sobre isso?
16. Os profissionais costumam conversar com você sobre a criança e a família (rotina em casa, interesses, trabalho dos pais, etc.)?
17. Quando você foi convidada a participar desta pesquisa e lhe foi explicado como seria a pesquisa, o que você pensou?
18. Como foi para você a experiência de participar da avaliação do seu filho?
19. Como você esperava que seu filho fosse reagir?
20. Na primeira etapa, enquanto seu filho pegava os objetos e realizava as atividades o que você pensou sobre o desenvolvimento dele?
21. Como foi para você as reuniões das devolutivas sobre o desenvolvimento da criança? Foi o que você esperava? Ou tem alguma sugestão para fazer?
22. O que você achou das sugestões de atividades que foram dadas para serem realizadas em casa com a criança? Você conseguiu fazer algumas destas atividades?
23. Na segunda etapa, enquanto seu filho pegava os objetos e realizava as atividades, o que você pensou sobre o desenvolvimento dele?
24. O que você percebeu no desenvolvimento do seu filho neste período de realização da pesquisa?
25. Você conversou com alguém a respeito da sua participação nessas sessões do trabalho de pesquisa com a criança? O que conversou? Com quem conversou?
26. Os profissionais que atendem o seu filho comentaram alguma coisa sobre a pesquisa? E você, comentou alguma coisa com eles?
27. Como você avalia o atendimento antes e depois da realização da pesquisa?
28. Houve alguma modificação no seu comportamento depois da participação na avaliação de seu filho?

29. Como mãe ou pai de um bebê especial, você sente falta de alguma coisa?
30. Dê algumas sugestões que poderiam melhorar ainda mais o atendimento de seu filho.

ANEXO

APROVAÇÃO NO CEP

Andamento do projeto - CAAE - 0023.0.091.000-11

Título do Projeto de Pesquisa
 Estimulação e atenção precoce na educação especial: uma proposta de trabalho em equipe interdisciplinar baseado no modelo centrado na família

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	11/03/2011 14:49:28	12/05/2011 18:00:54		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
4 - Protocolo Aprovado no CEP	12/05/2011 18:00:54	Folha de Rosto	1098.023.11.03	CEP
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	11/03/2011 14:49:28	Folha de Rosto	0023.0.091.000-11	CEP
3 - Protocolo Pendente no CEP	30/03/2011 14:13:45	Folha de Rosto	1098.023.11.03	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	24/02/2011 23:55:19	Folha de Rosto	FR405721	Pesquisador

Voltar

Aprovação disponível em:

<<http://portal2.saude.gov.br/sisnep/cep/caae.cfm?VCOD=405721>>